

A M. le Professeur Verneuil
Hommage respectueux
de l'auteur

LEÇONS CLINIQUES

SUR

LES MALADIES MENTALES

Travaux de M. le docteur Auguste VOISIN

De l'Anesthésie cutanée hystérique. Paris, 1858. In-8 de 40 pages. (Gazette hebdomadaire, 1858.)

Des signes propres à faire distinguer les hémorrhagies cérébelleuses des hémorrhagies cérébrales.

Considérations de physiologie pathologique éclairant l'étude de la paralysie générale des aliénés. Leçons de M. le professeur Bouillaud. Paris, 1859. Grand in-8. (Union Médicale, juin 1869.)

De l'hématocèle rétro-utérine et des épanchements sanguins non enkystés de la cavité péritonéale du petit bassin, considérés comme accidents de la menstruation. Paris, 1860. In-8 de 368 pages, avec une planche lithographiée.

Note sur le diagnostic des néo-membranes de l'arachnoïde. Paris, 1862. In-8 de 8 pages. (Bulletin de la Société anatomique, 2e série, t. VI.)

De la mélancolie. Mémoire couronné par l'Académie de médecine (1863).

Des phénomènes oculo-pupillaires dans l'atrophie musculaire progressive. (Gazette hebdomadaire, juillet 1863.)

De l'état mental dans l'alcoolisme aigu et chronique, et dans l'absinthisme. (Annales médico-psychologiques, janvier et juillet 1864.)

Études sur les mariages consanguins dans la commune de Batz, près le Croisic (Loire-Inférieure). (Bulletin de l'Académie de médecine, 17 janvier 1865, t. XXX ; Annales d'hygiène publique, 1865, 2e série, t. XXIII, p. 260.)

Articles Amnésie, Aphasie, Épilepsie, Hérédité, du Nouveau Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques, publié sous la direction du docteur Jaccoud. Paris, 1865-1873, t. I, III, XIII, XVII.

De la méningo-myélite occasionnée par le froid. Mémoire lu à la Société de médecine de Paris. Paris, 1865. In-8 de 31 pages.

De l'influence du bromure de potassium sur la force excito-motrice de la moelle chez les épileptiques, et du moyen de reconnaître l'état de cette force. Paris, 1867. In-8 de 12 pages. (Annales médico-psychologiques, 4e série, t. X, juillet 1867.)

De l'épilepsie simulée et de son diagnostic par des caractères sphygmographiques du pouls. (Annales d'hygiène publique et de médecine légale, t. XXIX, 1868.)

Contribution à la thérapeutique de l'épilepsie par les préparations de cuivre et de zinc. Maintien des guérisons depuis dix ans et plus. Paris, 1870. In-8 de 15 pages. (Bulletin de thérapeutique, 15 mars 1870.)

Du traitement curatif de la folie par le chlorhydrate de morphine. Paris, 1874. In-8 de 54 pages. (Bulletin de thérapeutique, 30 janvier, 15 et 28 février, 15 mars, 15 avril 1874.)

Le service des secours publics à Paris et à l'étranger. (Annales d'hygiène publique et de médecine légale. Paris, t. XI, 1873.)

De l'emploi du bromure de potassium dans les maladies nerveuses, mémoire couronné par l'Académie de médecine (prix Civrieux, 1871). (Mémoires de l'Académie de médecine, 1875.)

En préparation :

De la paralysie générale, anatomie pathologique, nature, causes, traitement. Un volume grand in-8 d'environ 400 pages, avec planches lithographiées.

LEÇONS CLINIQUES

SUR

LES MALADIES MENTALES

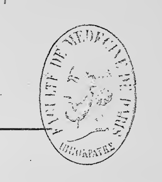
PROFESSÉES A LA SALPÊTRIÈRE

Par le Docteur Auguste VOISIN

Médecin de la Salpêtrière

AVEC PHOTOGRAPHIES, PLANCHES LITHOGRAPHIÉES

ET FIGURES INTERCALÉES DANS LE TEXTE



48072

PARIS

J.-B. BAILLIÈRE ET FILS, LIBRAIRES

19, RUE HAUTEFEUILLE, PRÈS LE BOULEVARD SAINT-GERMAIN.

1876

PRÉFACE

Ces leçons résument les différents cours que j'ai faits à la Salpêtrière depuis l'année 1867.

Venu après les illustres maîtres qui ont fondé l'enseignement des maladies mentales à la Salpêtrière, j'ai cru devoir continuer la tradition qu'ils m'avaient léguée, et j'ai apporté dans l'étude de l'aliénation mentale la méthode scientifique adoptée par l'École de Paris.

De nouveaux horizons se sont ouverts ainsi devant moi, dans la recherche des meilleurs moyens de pénétrer la nature de ces maladies si difficiles à distinguer et, partant, de formuler une thérapeutique active et réellement efficace.

Je suis convaincu que l'avenir appartient à ceux qui suivront fermement cette voie, et qui chercheront à constater les modifications organiques dont les maladies mentales sont la conséquence.

J'ai consacré ces leçons à des considérations sur la classification des affections vésaniques, sur les altérations des cellules cérébrales; puis j'ai abordé l'étude de la folie congestive et de ses différences avec la paralysie générale; des modifications dans la composition chimique de la pulpe cérébrale. J'ai traité successivement de la folie par anémie; de la folie par athérome artériel; d'une forme de méningite spinale postérieure qu'on observe dans la paralysie générale et de sa confusion possible avec la sciatique.

J'ai aussi examiné l'influence de la sthénie du système vasculaire sur le développement de la folie; l'état spasmodique des systèmes nerveux de la vie végétative et animale; j'ai essayé de

mieux caractériser la folie sensorielle, l'influence des lésions et de l'hyperesthésie des sens sur la genèse des illusions et des hallucinations, j'expose la curabilité possible de certains malades par des opérations faites sur les yeux; puis vient une leçon consacrée à la folie sympathique et aux altérations des ganglions du grand sympathique que nous avons observées.

D'autres leçons ont trait à la folie du jeune âge, à la folie causée par le siége de Paris et par la Commune, à la folie tuberculeuse.

L'état mental dans l'alcoolisme aigu et chronique, et des études de physiologie pathologique sur les troubles de la parole observés dans la paralysie générale, sont les derniers sujets traités dans mes dernières conférences.

J'ai été heureux de voir un certain nombre de mes élèves et de mes auditeurs développer dans leurs thèses inaugurales et dans des travaux originaux, des sujets dont je leur avais signalé l'intérêt dans mes conférences cliniques.

Je me fais un plaisir de signaler entre autres un mémoire *Sur l'atrophie musculaire aiguë dans la paralysie générale,* par Hanot; une étude *Sur la température dans les attaques épileptiformes des paralysés généraux,* par Couyba; la thèse de Burlureaux, *Sur la nature de la paralysie générale;* celle de Duponchel, *Sur la folie hystérique;* de Ritti, *Sur les hallucinations;* de Carle, *Sur le bromure de potassium;* de Pivion, *Sur les troubles moraux et les instincts des épileptiques.*

En terminant, je tiens à remercier MM. Coyne, Couyba, Cornillon, Hanot, anciens internes de mon service qui, en recueillant mes leçons, m'en ont facilité la publication.

A. VOISIN.

Décembre 1875.

AVANT-PROPOS

« Si l'on possédait, a dit Ach. Foville père, sur les différents états organiques qui constituent les maladies mentales, des données exactes et complètes, il serait facile de faire disparaître toutes les difficultés auxquelles donnent lieu les diverses classifications, mais la science n'est pas encore arrivée à ce degré de perfection (1). »

« Toute maladie, a dit Moreau (de Tours), toute lésion est nécessairement précédée d'une névrose, ou mieux, d'une période névrosique, c'est-à-dire d'un trouble quelconque dans les lois qui président au développement des organes ou, si l'on aime mieux, — car, pour nous, c'est tout un, — de modifications survenues dans l'atome ou la cellule, modifications survenues non susceptibles d'être appréciées par nos moyens encore trop imparfaits d'investigation (2). »

Ces deux citations empruntées à deux maîtres signalent les *desiderata* auxquels je m'efforce de répondre dans mon cours sur les maladies mentales ; après de longues et patientes recherches que m'a facilitées mon service de Bicêtre et de la Salpêtrière, je demeure convaincu que la folie s'accompagne toujours de lésions du cerveau, et que l'on peut reconnaître ces lésions au moyen de nos procédés actuels d'investigation ; les premiers résultats auxquels je suis arrivé permettent d'espérer, si je ne m'abuse, que le champ d'études et de recherches de la médecine mentale en sera singulièrement étendu. La certitude dans cette partie de la science médicale sera, plus tard, accrue par la connaissance de lésions qui, dans la folie simple, considérée jusqu'ici comme une névrose, intéressent les corpuscules ganglionnaires de la substance corticale du cerveau, la trame nerveuse, les vaisseaux capillaires, et les différents centres de réceptivité sensorielle.

(1) Article Aliénation mentale, dans le *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*, 1829, tome I, p. 506.

(2) *De la folie hystérique*, Union Médicale, juin 1865.

I

Classification des maladies mentales; Applications du microscope à l'anatomie pathologique des vésanies; Lésions des cellules cérébrales.

Messieurs,

Avant de vous exposer les idées que je crois justes sur la classification des maladies mentales, je regarde comme nécessaire de vous faire connaître en peu de mots les symptômes intellectuels que présentent les vésanies, symptômes qui, par leurs combinaisons variées, constituent les formes différentes d'aliénation mentale, et d'esquisser devant vous la pathologie générale de la médecine mentale.

Ainsi que l'ont dit MM. Baillarger et Marcé, les premiers qui ont nettement établi cette division, ces symptômes des vésanies peuvent être *primitifs*, *consécutifs*, ou *secondaires* et *terminaux*.

Parmi les symptômes primitifs, les uns sont partiels, d'autres généraux, d'autres enfin sont mixtes.

Les délires partiels consistent en conceptions délirantes, en impulsions insolites, en hallucinations, et, comme exemple de ces différentes formes de délires partiels, nous pouvons vous citer, pour les conceptions délirantes : « se croire papesse, riche, coupable, persécutée ; » pour les impulsions insolites, « les idées irrésistibles qui poussent à l'homicide, à l'infanticide, au vol, à l'abus des boissons ; » enfin, pour les hallucinations, les formes les plus variées de troubles des sensibilités spéciales et de la sensibilité générale.

Les délires généraux sont représentés surtout par des symptômes de dépression, mélancolie avec stupeur, ou bien encore par des signes d'exaltation de l'intelligence, manie et agitation maniaque.

Au sujet de la première forme, je vous montrerai plus tard une malade qui, dans les premiers temps, offrait un type de mélancolie avec stupeur et qui, au fur et à mesure qu'elle avance vers la guérison, devient plus franchement mélancolique, fait qui, joint à d'autres, vient à l'appui de l'opinion émise par M. Baillarger et démontre que la mélancolie et la stupeur appartiennent au même état morbide.

Les délires mixtes sont caractérisés, entre toutes choses, par la dissociation des idées et par l'abolition de l'intelligence.

Les symptômes secondaires résultent surtout de troubles du côté de l'attention et

de la volonté, troubles se présentant dans les premiers temps de la folie. Les lésions de l'attention consistent en ce qu'il est impossible de fixer l'attention du malade sur quoi que ce soit, de tirer de lui une conversation ayant une certaine suite, et souvent de lui faire comprendre les choses les plus simples.

Enfin, les symptômes terminaux ont pour caractère la démence, état dans lequel on trouve une dégradation complète de l'intelligence.

La classification des délires en délires partiels, généraux et mixtes est due aux efforts de M. Delasiauve; elle est importante à conserver et offre de grands avantages en médecine légale; elle est un guide excellent dans l'appréciation des actes du malade; mais, à ce point de vue, il ne faudrait pas s'imaginer qu'un individu atteint des phénomènes caractéristiques du délire partiel, de conceptions déraisonnables, d'impulsions extraordinaires, d'hallucinations, est par cela même aliéné. Pour prouver le contraire, il suffit de citer un grand nombre d'hommes de génie qui, dans le cours de leur existence, ont présenté des hallucinations, des impulsions auxquelles ils savaient résister. L'aliénation ne commence que lorsque l'individu a perdu conscience de son état morbide, et considère ces hallucinations, ces impulsions insolites, ces conceptions délirantes comme des réalités, et leur obéit. Je puis vous citer, à ce sujet, le fait d'un homme qui est venu me prier de le faire enfermer parce qu'il ressentait par moments une impulsion très-violente à tuer son enfant, et qu'ayant conscience combien ce projet était horrible, il craignait de succomber. Eh bien, cet homme n'était certainement pas aliéné; il était assez maître de lui pour résister à son impulsion.

C'est dans les délires partiels qu'on range les monomanies, les pseudo-monomanies, la mélancolie, l'hypochondrie, le délire de persécution, les délires affectifs, instinctifs, les folies homicides, suicides, incendiaires, la kleptomanie, l'érotisme, la dipsomanie.

Aux délires généraux appartiennent les formes symptomatiques suivantes : la manie, la mélancolie avec stupeur, l'extase, la catalepsie, la démence. Dans différentes circonstances, et à mesure que l'occasion s'en présentera, nous reviendrons sur ces diverses formes.

Les différents délires décrits dans les traités de médecine mentale ne sont que des formes symptomatiques, et toute la classification faite par Esquirol et Pinel est fondée, à tort, tout entière sur les symptômes. Certes elle a servi de transition heureuse entre l'époque actuelle et le siècle dernier ; mais, tirant son origine de la seule considération des symptômes, elle n'offre rien qui nous initie à la nature de la maladie, à ses causes, rien qui nous éclaire sur la thérapeutique ; je veux essayer de vous en faire sentir l'insuffisance. En effet, la manie, la mélancolie, les hallucinations, se trouvent dans plusieurs maladies mentales qui n'ont entre elles aucun rapport de

pathogénie, et vous saisissez facilement les causes fréquentes d'erreurs qui résultent de cette confusion.

Vous trouvez la mélancolie dans les vésanies pures et dans la paralysie générale; l'hypochondrie pure, ainsi que l'a démontré M. Baillarger, se retrouve aussi dans le début de la même paralysie générale.

Par ces exemples que je pourrais multiplier, vous comprendrez, Messieurs, combien il est irrationnel d'établir des classifications fondées sur des formes symptomatiques. Aussi, quel est le résultat de cette méthode? C'est que lorsque le médecin est arrivé à reconnaître et à différencier un maniaque d'un mélancolique, un mélancolique d'un hypochondriaque, il n'a pas la moindre notion sur la nature et le pronostic de la maladie, sur le traitement à instituer. Il arrive à diagnostiquer des formes symptomatiques, et pas autre chose. La thérapeutique se ressent aussi de cet état de la science, puisqu'on est arrivé à dire que la folie est le plus souvent incurable.

Comme résumé de ces quelques considérations, nous voyons que la médecine mentale est très-avancée comme étude des symptômes, mais que la pathogénie a été complétement négligée. Qu'on ne croie pas cependant que cette période d'étude symptomatique ait été complétement improductive; elle s'est fait remarquer par l'analyse rigoureuse des phénomènes, par l'étude exacte de leur marche et de leur application médico-légale; elle aura été une phase pleine d'enseignements utiles à bien des points de vue; elle a amené la connaissance approfondie de la paralysie générale, et restera toujours illustrée par les travaux de Pinel, Esquirol, Calmeil, Bayle, Baillarger, Moreau, Delasiauve, Falret, etc.

Mais la science ne peut rester stationnaire; après une période d'observation pure de la folie elle demande des applications pratiques, utiles et immédiates. Je crois qu'il est nécessaire de faire aujourd'hui pour la folie, ce qui a été fait pour la paralysie générale, c'est-à-dire de connaître sa nature, différencier ses formes, découvrir la pathogénie de ses différents modes, et partant de perfectionner les indications thérapeutiques, objectif vers lequel doivent tendre tous nos efforts.

M. Morel, de Rouen, a bien senti le défaut de la classification actuelle, lorsqu'il a cherché à en fonder une sur l'étiologie; mais, faute de faits et d'observations assez nombreuses, pathogéniques et anatomo-pathologiques, sa classification nouvelle manque d'une base solide; elle pêche aussi par un côté important : elle tend à confondre ensemble des formes tout à fait différentes, lorsqu'elle admet une folie héréditaire, car il y a peu d'aliénations mentales où l'on ne trouve de l'hérédité morbide.

En classant dans la même catégorie toutes les folies alcooliques, on arrive à rapprocher des hémorrhagies cérébrales et méningées, des dégénérescences graisseuses, des méningites chroniques.

La même difficulté se présente pour l'hypochondrie que l'on rencontre dans la

folie simple et dans la paralysie générale. Il faut donc, à mon avis, rejeter toute classification fondée sur l'étiologie seule. Ainsi que pour toutes les branches de la médecine, le progrès en pathologie mentale n'est possible que par la participation de l'anatomie pathologique, et toute classification qui voudra être rationnelle devra être établie sur l'étiologie, la pathogénie, la clinique et l'anatomie pathologique.

Je suis d'autant plus convaincu que ce doit être dorénavant la base de toute étude en médecine mentale, que je ne crois pas avoir fait encore une autopsie d'aliéné sans trouver des lésions soit cerébrales, soit extra-cérébrales ; les unes, visibles à l'œil nu, fait déjà démontré par Parchappe ; les autres appréciables seulement au microscope, et, du reste, c'est surtout par un examen microscopique qu'on constate des états pathologiques fondamentaux qui auraient échappé sans ce moyen d'investigation. C'est ainsi que l'on peut réaliser des progrès, c'est par l'emploi du microscope et l'étude de la physiologie expérimentale que la pathologie mentale participera aux progrès des autres parties de la médecine.

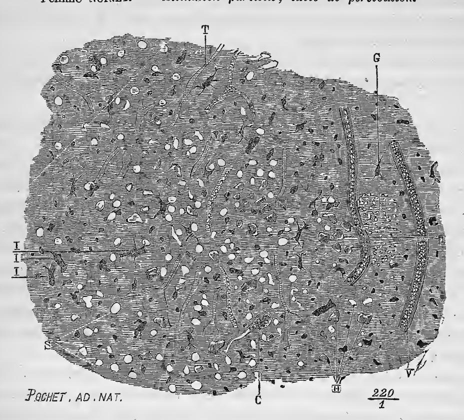
Sans examen microscopique, en effet, nous aurions pu considérer comme sains non-seulement des cerveaux d'aliénés, mais encore des cerveaux d'idiots. Voici un encéphale d'idiote qui paraît sain à l'œil nu ; ses circonvolutions ont une apparence normale, les méninges sont minces, nullement opalines ; eh bien ! au microscope, les lésions sont considérables, et on trouve un état graisseux très-avancé de la plupart des capillaires cérébraux, des altérations granulo-graisseuses et pigmentaires des cellules cérébrales.

Chez les aliénés, les lésions que j'ai rencontrées sont de plusieurs ordres : tantôt j'ai trouvé des produits de congestion cérébrale ; mais, remarquez-le bien, et j'insiste sur ce point, je dis des produits de congestion et je ne dis pas de la congestion, car ce dernier état peut se produire au moment de la mort et constituer un phénomène essentiellement transitoire. Les produits que j'ai observés étaient constitués, tantôt par des éléments du sang transsudés à travers les parois vasculaires, ou par des apoplexies capillaires, des épanchements dans les gaînes, soit récents, soit transformés en hématine ou en hématosine, ou bien encore j'ai rencontré des altérations des capillaires consistant en dilatations ou en dégénérescence graisseuse que je considère comme étant liée, dans beaucoup de cas, à une suractivité fonctionnelle exagérée. C'est ainsi que, sur une femme jeune qui peut servir de type et qui était atteinte d'une mélancolie avec tendance au suicide, et qui avait succombé à des complications intercurrentes, les vaisseaux méningés étaient anormalement vascularisés ; les méninges elles-mêmes présentaient de petites ecchymoses, sans cependant offrir d'adhérence à la substance cérébrale ; la substance grise offrait en plusieurs points un pointillé très-abondant et de petites taches noirâtres de la grosseur d'une tête d'épingle ; dans d'autres points (lobe postérieur gauche), la substance cérébrale était un peu molle et se dissociait sous le filet d'eau ; plusieurs coupes montraient une

vascularisation exagérée ; les veines des plexus choroïdes étaient gorgées de sang ; l'examen microscopique des parties congestionnées m'a montré, ainsi qu'à mon ami Liouville, interne des hôpitaux, des vaisseaux gorgés de globules, des épanchements d'hématosine, de l'hématine, et dans les gaînes lymphatiques un assez grand nombre de granulations brillantes, arrondies, réfractant fortement la lumière, soit isolées, soit en amas, et se trouvant le plus souvent au niveau des bifurcations vasculaires.

Fig. 1. — PORTION DE SUBSTANCE CORTICALE CÉRÉBRALE.

Femme NOIRET. — *Aliénation partielle; idées de persécution.*



C. Cellules nerveuses atteintes d'altération graisseuse. — G. Épanchements globulaires. — H. Cristaux d'hématine. — I. Infarctus. — S. Globules sanguins disséminés, dont quelques-uns déformés. — T. Tube nerveux. — V. Vaisseau.

On trouve aussi fréquemment des infarctus représentés par des granulations très-petites et noires, et formés par les transformations successives des matières colorantes du sang. Tous ces produits indiquent qu'il s'est fait à une période plus ou moins avancée des épanchements globulaires, des arrêts circulatoires dans les petits vaisseaux. Les cellules cérébrales ne restent pas indemnes au milieu de tous ces troubles nutritifs : chez des individus jeunes, âgés de 30 à 35 ans, vous les trouvez plus ou moins pigmentées et contenant des granulations graisseuses qui

masquent leur noyau ; cette lésion qui, chez un sujet âgé, n'offrirait aucune importance à cause de sa grande fréquence, prend chez le sujet jeune une signification toute particulière.

Enfin, les tubes nerveux sont variqueux, amaigris ; la myéline a diminué, et la gaîne apparaît plissée à cause d'un état de vacuité plus ou moins considérable du tube nerveux.

J'ai trouvé récemment ces infarctus dans l'encéphale de deux malades, et, sur deux préparations dues à M. Coyne, mon interne, vous pourrez voir des infarctus organisés datant d'une époque ancienne (fig. 2, page 23).

Toutes les lésions que j'ai ainsi constatées dans les cerveaux des aliénés peuvent, jusqu'ici du moins, se résumer :

1° En lésions des capillaires ; apoplexies et épanchements d'hématosine et d'hématine dans les gaînes lymphatiques, dilatations des capillaires, infarctus, l'athérome ;

2° En anémie des capillaires, en diminution de la quantité normale de phosphore dans la substance cérébrale ;

3° En altérations des corpuscules ganglionnaires qui présentent plusieurs degrés ; la lésion qui survient la première, et que l'on trouve le plus communément, est une infiltration de pigment et de graisse dans le protoplasma, infiltration qui laisse tout d'abord intacts le noyau et le nucléole, tout en les masquant ; puis, dans un degré plus avancé, le pigment et la graisse disparaissent, et l'on voit le pourtour du corpuscule se ratatiner et se rapprocher tellement du noyau qu'il arrive à le toucher, et que, plus tard, il ne reste plus aucune trace de protoplasma.

Dans les degrés intermédiaires à ces lésions, il n'est pas rare de constater que le prolongement du corpuscule est recroquevillé et vide de myéline, et même de rencontrer des cylinder axis coupés.

Lorsque le protoplasma n'existe plus, le noyau se déforme à son tour ; il prend une apparence anguleuse ; le nucléole qui a résisté le plus, disparaît à son tour ; il ne reste plus alors que le noyau, qui a revêtu une forme triangulaire et auquel reste quelquefois appendu un reste de cylinder axis.

Tel est, Messieurs, le dernier terme des lésions de la cellule cérébrale, un corps anguleux et de moitié plus petit qu'une cellule de la couche corticale supérieure, le plus souvent luisant, noirâtre, quelquefois flétri et irrégulier sur ses bords, et auquel est appendu un reste de cylinder axis.

Les lésions congestives s'accompagnent quelquefois, quoique rarement, d'adhérences des méninges cérébrales sur des points en général très-petits de l'écorce grise de l'encéphale ; ainsi, chez une femme atteinte depuis six ans d'un délire de persécution, j'ai trouvé, sur une surface de 2 à 3 centimètres et en un point correspondant à la partie la plus reculée de la première circonvolution frontale gauche, un

épaississement avec hyperémie des méninges, et, dans les mêmes points, une adhérence des membranes à la substance grise qui, déchirée par leur arrachement, apparaissait avec une teinte légère lie de vin, et des marbrures rougeâtres. Je me suis demandé si la maladie n'était pas une paralysie générale; mais il n'en était pas ainsi. M. Cornil, prié par moi de vouloir bien examiner cette partie des centres nerveux, me fit connaître les faits suivants dans une note qu'il m'a remise :

« Il y a une injection considérable des vaisseaux ; en plusieurs points, on trouve des apoplexies capillaires dont le siége précis est dans la gaîne lymphatique ; nulle part on ne trouve de corps granuleux ; les vaisseaux sanguins ne sont pas épaissis ni athéromateux ; pas d'hyperplasie du tissu conjonctif ; les tubes nerveux sont normaux, mais un grand nombre de cellules sont pigmentées, ce qui peut s'expliquer par l'âge de la malade (55 ans). »

A la classe des lésions congestives se rattachent les altérations qui résultent de la présence de tumeurs que l'on trouve dans des cerveaux d'aliénés. C'est ainsi que j'ai observé dernièrement, à l'autopsie d'une lypémaniaque, plusieurs tumeurs hydatiques logées dans les circonvolutions cérébrales et qui avaient été le point de départ de poussées congestives.

Dans d'autres circonstances, j'ai rencontré de l'anémie et de l'ischémie cérébrale, simple ou liée à une anémie générale, chez des malades qui avaient présenté des hallucinations ou avaient été poursuivis par des idées de persécution. Dans ces temps derniers, chez une femme tuberculeuse devenue mélancolique, qui ressentait des hallucinations de l'odorat et de la sensibilité générale, et qui est morte à l'âge de 37 ans, l'encéphale présentait dans toutes ses parties une pâleur considérable; l'examen microscopique me montra un état presque absolu de vacuité des capillaires; les éléments nerveux paraissaient sains et les parois vasculaires n'offraient aucun des caractères de la dégénérescence graisseuse.

J'avais déjà remarqué des faits de cette nature chez des phthisiques du service de M. Bouillaud lorsque j'étais son chef de clinique; dans la période intermédiaire entre la veille et le sommeil, et même pendant la veille, ces malades présentaient des hallucinations.

Lorsque je dirigeais un service à Bicêtre, j'ai pu constater le même fait sur un moine chartreux qui, par suite d'excès d'ascétisme, avait été atteint d'hallucinations types; il était tuberculeux. A l'autopsie, j'ai rencontré des lésions d'anémie, en particulier la vacuité des vaisseaux non athéromateux ; il n'y avait point de dégénérescence graisseuse. C'était, en résumé, une anémie simple liée à un état cachectique.

D'autres fois l'anémie est liée à une dégénérescence des vaisseaux, qui sont très-athéromateux, et l'on se rend facilement compte du trouble que cette altération peut

apporter dans la circulation et dans la nutrition, lorsqu'on constate qu'il y a quelquefois de véritables nappes de graisse épanchée dans les parois vasculaires.

Dans d'autres circonstances, on trouve des tumeurs du cerveau, d'anciens foyers qu'on peut considérer comme étant le point de départ d'irritations et de poussées congestives; enfin, dans certains cas de folies sympathiques, on rencontre des lésions du foie, de l'estomac, de l'utérus, etc. Ainsi, des femmes affectées de lésions variées des organes génitaux sont atteintes de délire de persécution, d'hallucinations ayant pour point de départ ces états pathologiques. C'est ainsi que, chez une femme de mon service qui a un prolapsus utérin, l'application d'un pessaire amène une diminution notable du délire et de l'agitation.

D'autres fois, la folie se lie à des lésions des organes des sens, de l'appareil de la vision, de l'ouïe. J'ai vu des malades dont les hallucinations de la vue ont pour point de départ des altérations des milieux de l'œil, une cataracte, par exemple, un glaucome. J'ai été consulté dernièrement par une dame chez laquelle le glaucome avait amené des hallucinations, un état mélancolique inquiétant et des idées de persécution. Une iridectomie habilement faite par M. Galezowski l'a délivrée du glaucome, des hallucinations et du délire mélancolique, et, depuis deux ans, la guérison ne s'est pas démentie.

Aussi, Messieurs, soyez bien persuadés qu'il peut exister dans la folie des lésions d'un grand nombre d'organes; le médecin aliéniste soucieux de son art doit étudier et pratiquer sans cesse la médecine générale.

Vous pourrez vous étonner que beaucoup de ces lésions, et surtout celles observées au microscope, aient échappé à nos devanciers; mais lorsque vous réfléchirez à la manière dont les autopsies étaient faites par les hommes qui ont le plus fait avancer la science mentale il y a trente ans, votre surprise cessera : elles étaient pratiquées, Messieurs, avec une cuiller et une fourchette, et après avoir constaté qu'il n'y avait point de sérosité dans les ventricules et sous les méninges, le médecin se tenait pour satisfait.

Si, à notre époque, le mode d'exploration nécroscopique n'est pas aussi primitif, il laisse souvent beaucoup à désirer lorsque l'on n'a pas recours au microscope; c'est seulement par ce moyen que l'on peut, dans nombre de cas, constater des lésions que je me propose de vous montrer dans le cours de ces conférences.

II

Des diverses formes de folie; Folie congestive; ses différences avec la paralysie générale; Folie par anémie simple.

Messieurs,

Dans la précédente conférence, j'ai cherché à vous montrer que les classifications admises jusqu'à ce jour, et fondées sur les formes symptomatiques, étaient mauvaises précisément à cause des bases sur lesquelles elles reposaient. De plus, mes efforts ont tendu à faire entrer dans vos esprits la conviction que toute classification rationnelle devait avoir pour fondement l'ensemble des notions que nous donnent les symptômes, la pathogénie, l'anatomie pathologique et l'étiologie.

C'est ainsi que je diviserai la folie en six classes :

1° *Folie acquise*, c'est-à-dire celle qui survient dans le cours de la vie, et lorsqu'elle a été précédée d'un état raisonnable de l'intelligence.

2° *Folie native*, forme dans laquelle les troubles intellectuels se montrent dès le plus jeune âge, surtout sous l'influence de l'hérédité.

3° *Folie par intoxication ou par virus* dont la nature est nettement indiquée par son nom.

4° *Le crétinisme, l'idiotie, l'imbécillité*, classe dans laquelle se rangent un grand nombre de troubles intellectuels caractérisés, soit par un affaiblissement de la volonté et de l'entendement, ce qui constitue les faibles d'esprit, soit par une abolition presque complète des mêmes facultés psychiques, accompagnée ou non de lésions du squelette.

5° *La paralysie générale*, forme de folie le mieux étudiée, et pour laquelle les lésions et les symptômes ont été mis en regard avec une exactitude suffisante et en relation avec nos connaissances actuelles sur la physiologie du système nerveux.

6° La démence sénile.

La classe des folies acquises comprendra quatre variétés : 1° *Folie primitive ou idiopathique;* — 2° *folie secondaire* consécutive à une affection nerveuse, comme l'épilepsie, l'hystérie ; — 3° *folie sensorielle* consécutive à l'hyperesthésie sensorielle simple ou aux lésions des organes des sens ; c'est grâce à l'aide de M. Galezowski, qui a bien voulu me donner ses conseils et mettre à ma disposition

sa grande expérience ophthalmologique, que j'ai pu étudier les états pathologiques de l'œil en relation avec la forme de folie qui est liée à des lésions des yeux ; — 4° *folie sympathique* établie d'une façon incontestable par M. Loiseau. Cet auteur, en effet, a fait voir que souvent des troubles intellectuels variés étaient consécutifs à des lésions périphériques qui venaient troubler peu à peu le fonctionnement régulier de l'intelligence et de la volonté. C'est une classe importante à étudier et à conserver, surtout au point de vue des ressources qu'elle peut offrir pour la thérapeutique.

Chacune de ces variétés est accompagnée de symptômes communs qui sont tantôt de la mélancolie, de la stupeur, du délire dépressif sous toutes ses formes, ou bien encore de la manie, des conceptions délirantes, des idées de persécution et des hallucinations; ces derniers troubles sont surtout communs à presque toutes ces variétés que l'on peut arriver à distinguer par l'analyse psychologique et par l'examen physique.

Chez les aliénés, en effet, Messieurs, vous porterez votre attention méthodique sur tous les organes et sur toutes les parties du corps; ces recherches présentent de nombreuses difficultés à cause de l'insoumission des malades et de leur mobilité excessive; mais, très-souvent, la connaissance de l'origine de leur maladie ne pourra être obtenue qu'à ce prix. C'est ainsi qu'on trouvera souvent des lésions de l'utérus, du cœur, de l'estomac, des organes des sens, etc., auxquelles on peut rattacher les troubles intellectuels et qui, sans cet examen, auraient passé complétement inaperçues.

La première variété ou *folie idiopathique* peut dépendre : 1° d'états dits *sine materia*, c'est-à-dire dans lesquels on n'a trouvé aucune lésion appréciable; 2° d'états dans lesquels on trouve des lésions matérielles.

1° *État sans lésions appréciables.* — Il est impossible de nier qu'il peut y avoir des folies sans lésions matérielles appréciables, surtout en présence de quelques observations qui paraissent concluantes ; mais il convient de restreindre le nombre de ces cas, et plus on avancera dans la connaissance de la structure de l'encéphale, plus cette classe diminuera d'importance.

Les états *sine materia* dépendent directement, et dans un court délai, d'influences morales, de grands chagrins, de fatigues intellectuelles, d'un amour contrarié, d'une ambition déçue, d'idées religieuses prédominantes ; causes qui ont toutes une action déprimante et dont on retrouve la trace dans le délire.

Comme je vous le disais tout à l'heure, il existe des observations bien probantes de l'existence d'une folie idiopathique *sine materia* et se rattachant toujours à des causes morales immédiates ; ainsi, on peut citer les observations recueillies par Ellis.

Il existe d'autres observations, une en particulier due à Morel (de Rouen), et dont voici en quelques mots le résumé : Un jeune homme, aux journées de juin 1848, a

un de ses amis tué à ses côtés; presque immédiatement il tomba en état de stupeur.

Tout en ne niant pas les folies instantanées, je vous engage, Messieurs, à vous défier, non-seulement des renseignements donnés par les malades, leur état explique cette juste défiance, mais aussi de ceux fournis par les parents.

Vous savez que, même dans les hôpitaux ordinaires, les malades et leurs parents cherchent à rattacher les différents états morbides qui sont soumis à votre observation à des causes tangibles. Ainsi, un carcinome du sein sera toujours rapporté à un traumatisme plus ou moins authentique et plus ou moins ancien; une tuberculose avancée, à un refroidissement. Eh bien! vous retrouvez cette tendance encore plus marquée quand il s'agit de malades atteints d'aliénation mentale et d'affections nerveuses. Je puis vous citer le fait de deux soldats qui seraient devenus subitement épileptiques au siége de Puebla; une bombe, en éclatant près d'eux, leur aurait occasionné une telle émotion que, dans la journée même, ils auraient eu des attaques très-caractérisées de *morbus comitialis*; d'après leur récit, et après avoir éliminé les causes d'hérédité et les causes organiques, leur épilepsie paraissait pouvoir se rattacher à une cause morale immédiate. Il n'en était rien cependant, car les renseignements pris auprès de l'autorité compétente, les chefs de corps et les médecins du régiment, établirent que l'un n'était devenu épileptique que neuf jours, et l'autre trois semaines après l'accident auquel ils rattachaient leur maladie. Dans tous les cas, en effet, d'affection nerveuse par cause morale, il y a généralement une sorte d'incubation dans laquelle il se produit un trouble de nutrition du cerveau, peu considérable il est vrai, mais suffisant pour entraver le fonctionnement régulier de la cellule cérébrale; cette incubation se fait dans l'espace de temps variable qui sépare la cause morale de l'état morbide.

Je vais vous montrer une malade qui est devenue aliénée par émotion morale: elle était domestique depuis longues années dans une maison; elle est renvoyée inopinément, sans avoir rien à se reprocher; elle ressent un grand chagrin de l'affront qui lui est fait, reste près de trois semaines sans manger, et tombe peu à peu dans la mélancolie avec stupeur.

Pour ce cas particulier, il y a eu certainement un temps d'incubation, celui dans lequel la malade est restée privée à peu près de nourriture; il y a eu une anémie générale qui a nui à la nutrition du système cérébral.

Quoi qu'il en soit, Messieurs, il paraît bien extraordinaire qu'un individu puisse instantanément devenir fou, et, lorsque de pareils cas semblent se présenter, vous analyserez avec soin les observations.

Lorsqu'on se trouve en présence de l'un de ces cas qui paraissent incontestables de folie instantanée, on peut admettre, pour l'expliquer, qu'il s'est produit une action spéciale sur le système vasculaire, un spasme analogue à celui qui se produit

chez certains névropathiques. Ainsi, à la suite de grandes émotions, la mère d'un jeune idiot de mon service a ressenti, à plusieurs reprises, une décoloration des deux derniers doigts d'une main ; elle éprouve alors des fourmillements, de l'anesthésie dans les parties ischémiées. Cet état a duré une fois cinq jours, et évidemment était dû à une sorte de spasme des petits vaisseaux de la partie ainsi décolorée. On comprend que le même phénomène puisse se produire dans les vaisseaux du cerveau et occasionner un trouble dans le fonctionnement des éléments nerveux. A ce propos, je vous citerai la migraine, état morbide qui, comme chacun le sait, est très-fréquent chez les ascendants des aliénés et présente, en dehors du phénomène douleur, des troubles sensoriaux, des hallucinations, eh bien, vous n'ignorez pas qu'on la rattache à de l'ischémie cérébrale causée par un spasme des petits vaisseaux.

Quoi qu'il en soit de cette pathogénie et des considérations qu'on peut apporter pour l'appuyer ou la combattre, vous admettrez avec moi qu'il y a là matière à d'intéressantes recherches. Quelle que soit l'explication qu'on veuille donner, quelle que soit la pathogénie qu'on se décide à adopter, sachez que cette classe de folie se caractérise toujours par une forme dépressive, par de la mélancolie avec stupeur, par des idées tristes ; mais ne croyez pas que l'esprit reste inactif; au contraire, le travail intellectuel est incessant et reste continuellement dans un courant d'idées déprimantes. Le lypémaniaque, même en état de stupeur, est assailli d'idées qui le rendent profondément malheureux.

2° *États dépendant de lésions appréciables du cerveau.* — Ils sont de beaucoup plus fréquents que le précédent, et peuvent être rapportés à quatre causes organiques, à quatre processus différents.

Tantôt c'est *un état congestif* avec ses produits et ses résultats; tantôt c'est de l'*anémie pure, avec diminution des globules et changements dans la qualité du sang.* Parfois, c'est de l'*anémie secondaire liée à une lésion des vaisseaux, à de l'athérome.* Enfin, le quatrième mode de production organique comprend les *tumeurs et les lésions diverses* qui les accompagnent.

I. — PROCESSUS CONGESTIF.

§ I. Congestion active; hypérémie. — Le rôle du *processus congestif* est aussi important que celui de l'élément anémique. Il s'agit surtout de la congestion artérielle, et les signes anatomiques de cette congestion sont des produits hématiques sur lesquels nous reviendrons tout à l'heure.

Le rôle important que joue l'élément congestif avait été entrevu et signalé en

1866 par M. Baillarger (1), lorsqu'il disait : « Les folies congestives ne sont pas la première période de la paralysie générale, mais elles sont encore moins des folies simples. »

M. Baillarger est à tort, suivant moi, revenu sur cette première opinion, lorsque, dans sa dernière publication, en 1869 (2), il rattache ces formes congestives à la première période de la paralysie générale.

Je crois que M. Baillarger ne serait pas ainsi revenu sur une idée que pour ma part je crois juste, et ne l'aurait pas ainsi abandonnée s'il avait fait, dans ces cas, des examens microscopiques. Ils lui auraient démontré que ces lésions de congestion ne sont pas inflammatoires comme dans la paralysie générale, ces dernières offrant pour caractéristique d'être formées par des produits hyperplasiques. Je vais essayer de vous démontrer que ces deux états diffèrent l'un de l'autre et se distinguent par les symptômes, par la marche et par les lésions. Ainsi la femme que je vous ai montrée dans notre dernière conférence et qui offrait une physionomie si altière, est le type de la folie congestive; vous vous rappelez son regard méprisant, ses yeux un peu égarés, la vivacité toute particulière de ses gestes mêlés de dignité dans le maintien. La parole, dans ces cas, est vive, brève, saccadée, très-rapide; on sent une sorte de fébricité chez ces malades; ils sont essentiellement hallucinés de la sensibilité générale et de l'ouïe, et ces hallucinations les mènent à des idées de persécution et à des idées délirantes qui concordent avec l'habitus extérieur; l'ensemble de l'aliéné est pour ainsi dire homogène.

Vous avez remarqué les caractères physiques que présentent les malades atteints de folie congestive; ils ont les pupilles égales, contractiles; ils restent toujours sérieux, presque jamais on ne les voit rire; ils offrent quelquefois du délire tout spécial de grandeur sans satisfaction; ils ont des richesses, il est vrai, mais ce sont des richesses dont ils ne jouissent pas et dont ils ne se flattent pas avec cet air de béate satisfaction qui est le propre de la paralysie générale; la mémoire est absolument conservée ; ils se rappellent exactement toutes les circonstances de leur vie avant leur maladie et celles qui se sont présentées depuis le début de leur maladie. Cette particularité les distingue essentiellement des paralysés généraux; de temps en temps, et ceci les différencie des folies par anémie, ils ont de petites poussées congestives à la face qui devient rouge et animée, et très-souvent les poussées congestives sont suivies de phénomènes apoplectiformes et de petites attaques épileptiformes caractérisées à peine par un grimacement et une perte légère de connaissance. Au contraire, dans la paralysie générale, nous observons des phénomènes d'ataxie, un tremblement des lèvres, de la langue, de la parole qui est hési-

(1) Travail présenté par lui en 1866 à la Société médico-psychologique.

(2) *Appendice au Traité des maladies mentales* de Griesinger.

tante, anonnée, etc... On y trouve le plus souvent des différences dans les diamètres des deux pupilles qui sont inégales, peu ou pas contractiles; dès le début, on observe un affaiblissement de la mémoire; certaines sensibilités spéciales sont aussi, dès le commencement, diminuées ou même abolies; je veux parler de l'odorat et du goût, ce dernier sens me paraissant entièrement lié à l'intégrité du premier.

Le délire de la paralysie générale offre les caractères de l'absurdité, se différenciant en cela nettement du délire des folies congestives qui est un délire suivi et qui permet aux malades de discuter vos opinions, vos actes, vos intentions et de vous étonner par la rigueur et la logique de leurs déductions.

Les délires de grandeur de ces deux formes diffèrent; la femme que je vous ai montrée avait un port, une tenue en rapport avec son délire de grandeur; tandis que chez le paralytique général, il n'y a pas la moindre harmonie entre son délire ambitieux et sa position actuelle; il se croit roi, empereur, Dieu, plein de force, de puissance, de richesse, lorsque sa tenue est sale, son maintien négligé, sa démarche hésitante. Le paralytique général offre bien des contradictions frappantes dans ses idées de richesses; ainsi, pour vous citer un exemple, tel paralytique général qui dit posséder des milliards, raconte qu'il a un logement de 300 fr. au cinquième étage, qu'il gagne 3 fr. par jour, etc.... Que le paralytique général soit satisfait ou chagrin, sa figure porte toujours la même expression de béatitude et de niaiserie.

Pour vous faire apprécier cette différence, je vais vous citer deux faits qui se sont présentés ces jours derniers à mon observation. La première malade était une femme âgée de 45 ans; sa physionomie était gaie, animée, ce qu'on appelle le *facies erecta,* égarée par moment; elle gesticulait beaucoup, la parole était brève, rapide; elle avait des hallucinations de la sensibilité générale et de l'ouïe; on lui donnait, disait-elle, des coups dans la rue et on lui faisait mal; elle entendait avec une grande finesse tous les bruits que faisaient ses voisins; elle croyait qu'on l'appelait de la rue, et qu'on lui prodiguait les mots les plus injurieux. C'est sous cette influence que cette dame a commis une action qui a été la source d'assez grands ennuis pour un étranger; elle marchait dans une rue, puis tout à coup elle s'arrêta, prétendit qu'elle avait été frappée par un monsieur qui passait à côté d'elle, l'interpella, s'exalta et se plaignit avec un tel air de sincérité qu'on arrêta ce monsieur injustement accusé et qu'on l'a maintenu deux heures dans un poste de police. Cette dame est atteinte de folie congestive liée à la ménopause. La seconde malade est menacée de folie congestive, car elle a conscience de son état; elle a la physionomie exaltée comme la précédente malade; pas plus que chez l'autre, on ne trouve de troubles de la parole et de la motilité; pas de troubles de la mémoire, mais ses sens sont très-exaltés ou plutôt très-impressionnables, très-

aiguisés; elle se plaint d'étourdissements, de serrements de tête; elle éprouve comme idées délirantes des scrupules très-singuliers, prenant leur source dans ce que depuis très-longtemps les rapports conjugaux qu'elle aurait eus avec son mari auraient été accompagnés de précautions destinées à empêcher une fécondation; elle serait perdue et damnée à cause de cette action; elle va d'église en église, a même fait un esclandre au moment de la communion de Pâques; elle s'est imaginé qu'une grossesse lui assurerait son pardon et a tenté en vain une fois d'y parvenir. Grand désespoir à la suite de cette tentative; aussi elle a interdit à son mari toute cohabitation avec elle; elle voit des chimères, le démon; elle a conscience que ce sont des hallucinations et me dit même : Je vais devenir aliénée, si cela continue.

Si l'on fait l'autopsie de ces malades, on trouve des lésions bien caractéristiques, des exsudats hématiques, intrà et extrà cérébraux; les méninges ne sont pas toujours vascularisées à l'excès, mais, en tout cas, ne sont adhérentes en aucun point à la substance grise. Souvent on trouve un léger piqueté, des apoplexies capillaires dans la substance grise, qui, ainsi que la blanche, est infiltrée de substance hématique en amas, de cristaux d'hématine, d'hématosine, d'infarctus, d'épanchements globulaires d'âges différents et ayant subi des transformations variées. Les vaisseaux offrent dans leurs parois des cristaux d'hématine; mais jamais on n'y rencontre la moindre hyperplasie de tissu conjonctif, très-rarement des gouttelettes de graisse, dernier état que je crois résulter alors d'une sorte de fatigue des membranes vasculaires.

Folie congestive. — Aliénation partielle. — Hallucinations multiples. — Idées de persécution. — Lésions de plusieurs centres sensoriaux (noyau olfactif, couche optique) et des circonvolutions pariétales. — Examen microscopique.

La nommée L..., âgée de 41 ans, est entrée le 30 janvier 1867 dans l'hospice de la Salpêtrière (première section des aliénées), service de M. le docteur Auguste Voisin.

Mère très-impressionnable, père très-nerveux, colère (pas de consanguinité). Grand-père maternel mort à 65 ans d'une affection cérébrale caractérisée en particulier par du délire, la perte de la connaissance, et ayant duré neuf jours.

Réglée à 15 ans. A eu de tout temps un caractère jaloux et s'imaginant souvent qu'on parlait d'elle.

En 1865 elle s'est éprise d'un missionnaire qu'elle voyait dans une église; elle en est devenue jalouse, s'étonnant qu'il parlât à d'autres femmes, puis elle s'est mise à dire que le missionnaire faisait venir dans sa chambre (à elle) des hommes pour l'insulter. Le missionnaire étant parti pour l'étranger, sa fureur contre lui a augmenté, elle a injurié à plusieurs reprises es passants dans la rue, à propos du missionnaire. C'est alors que des habitants de sa maison qu'elle avait injuriés se sont plaints et qu'elle a été placée à la Salpêtrière avec le certificat suivant de M. Lasègue :

« Aliénation partielle ; craintes fréquentes et prédominance de l'idée qu'on lui en veut. Elle ne connaît pas les personnnes qui lui en veulent. Hallucinations de l'ouïe probables. »

Au premier examen, 31 janvier, elle me présenta l'état suivant :

C'était une femme d'une taille au-dessus de la moyenne, de traits réguliers, d'une physionomie morose et préoccupée.

Sens normaux ; pupilles normales ; viscères abdominaux et thoraciques sains. Rien de particulier dans la motilité et dans la sensibilité générale aux pincements. Menstruation régulière.

Propre, travaille sans suite, quitte sans motifs appréciables et subitement l'atelier de travail.

Mémoire bonne (dates, noms, choses, événements). Langage articulé normal. Parle souvent seule. Par moments, excitation. Hallucinations injurieuses de la vue et de l'ouïe ; on lui fait du mal, on lui en veut. Hallucinations génitales, dont elle se plaint beaucoup.

La maladie persista malgré un traitement hydrothérapique, des préparations opiacées, et présenta pendant deux ans des périodes d'excitation et de dépression. Dans les derniers temps, diminution de l'ouïe.

Elle succomba le 17 avril 1869 à une fièvre typhoïde qui dura trois semaines, sans avoir présenté d'autres phénomènes cérébraux que lors de son entrée.

Autopsie faite vingt-six heures après la mort par M. le docteur A. Voisin et M. Coyne, interne du service.

On constate dans l'intestin grêle (tiers inférieur) un certain nombre de plaques de Peyer ulcérées, un peu d'emphysème pulmonaire et de congestion hypostatique.

Rien de particulier dans le foie. Un peu d'augmentation de volume de la rate. Pas de dégénérescence amyloïde.

Dans les reins, quelques plaques laiteuses sur les bassinets.

Pas d'athéromes artériels. Adhérences de l'ovaire à la trompe gauche.

Cerveau : Poids de l'encéphale, 1,130 grammes. Pas d'athéromes, à l'œil nu, dans les vaisseaux cérébraux.

Pas d'épaississement ni d'adhérences des méninges supérieures et latérales. Pas de sérosité sous-arachnoïdienne ; apparence normale des nerfs crâniens, sauf les huitièmes paires, qui sont molles à la partie la plus postérieure et interne des deux lobes du cervelet, et dans la région la plus immédiatement contiguë des olives bulbaires, on voit des amas de petites granulations comme on en voit dans les plexus choroïdes ventriculaires ; ils se prolongent jusque dans le quatrième ventricule, où on les trouve tapissant sa paroi cérébelleuse.

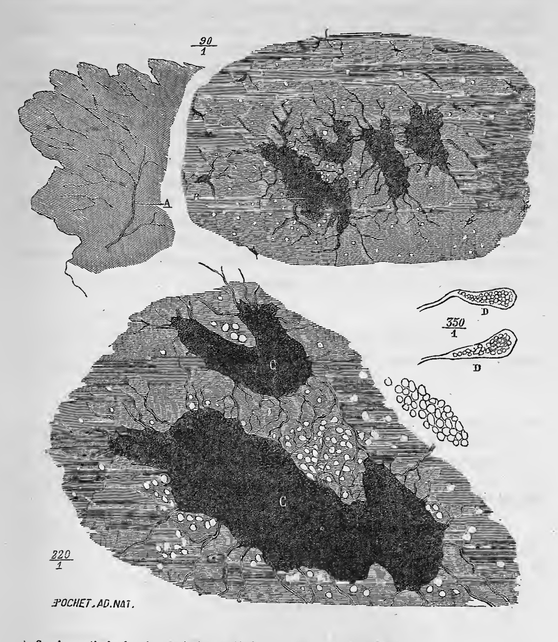
Bulbe, protubérance normaux. La partie la plus interne de la scissure de Sylvius est recouverte d'une arachnoïde épaisse, opaline, résistante. Le même état se retrouve en avant du chiasma. Le centre gris olfactif du lobe sphénoïdal droit présente à la vue plusieurs points noirâtres et des arborisations en quantité assez notable. La circonvolution gauche de l'hippocampe présente aussi ce pointillé en deux endroits.

Rien de semblable à gauche.

Rien d'anormal dans le tuber cinereum, les corps mamillaires, les bandelettes optiques.

Piqueté rouge sur les tubercules quadrijumeaux gauches. Dans l'intervalle qui sépare les corps genouillés externe et interne gauches, il existe de petites lacunes et de légères dépressions.

Fig. 2.— Femme Lagier. — *Folie congestive.— Aliénation partielle. — Idées de persécution.*
(Préparation microscopique faite par M. Coyne.)



A. Couche corticale de circonvolution pariétale. Vascularisation exagérée. — B. Infarctus. — C. Infarctus vus à un plus fort grossissement. Autour d'eux se trouvent épanchés des globules sanguins isolés et en amas. — D. Cellules grises ayant subi la transformation graisseuse.

Les méninges inférieures et supérieures enlevées, on constate que les circonvolutions ont un volume ordinaire, sont normalement rapprochées les unes des autres, ne présentent aucune teinte pathologique.

Une coupe horizontale de l'hémisphère gauche montre en avant la substance grise de couleur et d'épaisseur ordinaires; mais la première circonvolution pariétale présente à sa partie la plus interne une apparence anormale caractérisée par une teinte générale jaunâtre et par l'existence d'une zone jaunâtre très-nette, d'une largeur de 0m,001, qui divise en deux parties à peu près égales la substance grise de la circonvolution.

Cet état se retrouve à un degré moindre dans la deuxième circonvolution pariétale gauche.

Au milieu de ces parties altérées, on trouve les vaisseaux plus gros que de coutume. La substance blanche sous-jacente en renferme de semblables.

Pareil état se voit à droite dans les circonvolutions pariétales, tandis qu'il manque des deux côtés dans les frontales et les occipitales.

Les parties blanches des hémisphères ont une consistance normale.

Rien de particulier dans le corps calleux, dans la couche optique gauche.

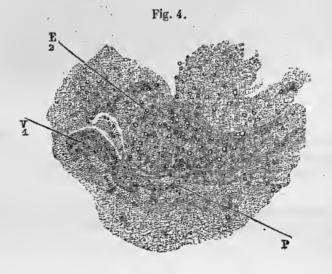
Le centre gris antérieur de la couche optique droite est plus vascularisé que de coutume; une coupe antéro-postérieure de cette couche montre qu'elle est très-vascularisée, et dans la partie la plus immédiatement sous-jacente au centre gris olfactif on voit une petite tache lie de vin et une dépression correspondante (figure 3). Il existe une lacune dans la partie moyenne.

Fig. 3.

O A S C

Elles ont chacune au plus un millimètre et demi de diamètre.

Fig. 4.



Examen microscopique. Une portion de la substance grise d'une des circonvolutions pariétales offre :

1° Un assez grand nombre de vaisseaux dont la gaîne lympathique est infiltrée de gouttes d'huile;

2° Des vaisseaux gorgés de globules rouges;

3° Des cellules infiltrées de granulations graisseuses jaune orange;

4° Des infarctus (voyez fig. 2, page 23).

Des portions de circonvolutions pariétales, traitées par le carmin, la fuchsine et l'acide acétique, ne présentent aucun caractère de prolifération de tissu conjonctif.

Une partie du centre olfactif du lobe sphénoïdal droit, où existent des points noirs, présente :

1° Un gros vaisseau dilaté uniformément, gorgé de globules rouges au niveau de sa dilatation;

2° Un amas de cristaux jaune orange d'hématine;

3° Des infarctus bruns noirâtres le long des vaisseaux et en grand nombre;

4° Quelques cellules graisseuses;

5° Des amas d'hématosine et d'hématine dans la paroi lympathique de quelques vaisseaux, en particulier aux points de bifurcation.

Pas d'hypergénèse de tissu conjonctif.

La tache de la couche optique est constituée par un épanchement globulaire.

Ainsi, lésions de nature congestive dans les centres sensoriaux (noyau d'un lobe sphénoïdal, couche optique) et lésions dans les circonvolutions pariétales.

Dans une circonstance, j'ai eu l'occasion de faire faire l'analyse chimique d'un de ces cerveaux par M. Pézold; je lui avais remis 643 grammes de substance nerveuse, et, dans toute cette masse, il n'a trouvé que 1 gramme 25 de phosphore, ce qui est une proportion très-faible; en effet, le poids de l'encéphale tout entier était de 1,200 grammes, ce qui ferait à peu près pour cette masse nerveuse, et en suivant la même proportion, 2 grammes 40 de phosphore pour le tout.

Or, Valentin et Denis, ceci est admis par MM. Ch. Robin et Verdeil (1), ont trouvé dans leurs analyses la proportion de 1 gramme de phosphore par 100 grammes de substance nerveuse; ce qui aurait fait pour le même encéphale 12 grammes. Vous voyez que, dans ce cas, il y avait un déficit considérable de 9 grammes 60 de phosphore. Ce fait, s'il était vérifié de nouveau, acquerrait une grande importance; car vous n'ignorez pas qu'on rattache à la présence du phosphore dans la substance cérébrale une grande partie de son activité.

Les lésions, que je viens de vous faire connaître, diffèrent beaucoup de celles de la paralysie générale qui est, vous le savez, une méningo-encéphalite diffuse et chronique, et dans laquelle on trouve une hyperplasie du tissu conjonctif.

(1) Robin et Verdeil. *Chimie anatomique.* Paris, 1853, tome III.

La folie congestive se fait remarquer par l'intensité des hallucinations, ce qui la rapproche, sous ce rapport, de la folie sympathique; on trouve aussi, dans l'une et dans l'autre, des conceptions délirantes, de l'agitation, du mécontentement; les malades sont querelleurs, injurieux et présentent souvent de l'exaltation maniaque.

Dans les deux cas, il y a une sorte d'épine, de foyer d'irritation, d'où part un stimulus. Dans les cas de folie sympathique, cette épine est périphérique, tandis que pour la folie congestive elle est centrale et siége principalement dans les parties dévolues aux impressions sensorielles, c'est-à-dire dans les couches optiques, les corps genouillés, les noyaux olfactifs, acoustiques. Cette opinion est en rapport avec les travaux de Luys (1), qui considère les couches optiques comme les centres sensoriels et l'intermédiaire entre les organes des sens et l'écorce cérébrale. Du reste, les relations anatomiques qui existent entre les couches optiques et les régions corticales sont établies sur plusieurs ordres de faits. Ainsi on a vu des lésions ayant détruit les couches optiques, qui avaient aboli les impressions sensorielles; en second lieu, on a vu des altérations diverses siégeant dans les centres, produire des illusions, des hallucinations variées.

Il y a quelques années, Marcé a montré que des cas de démence étaient consécutifs à des dégénérescences des couches optiques (2). Demme a bien montré que beaucoup d'individus atteints d'affections chroniques des yeux devenaient aliénés; j'en ai vu un certain nombre de cas; mais, de plus, j'ai vu un certain nombre d'aliénés par les sens, tomber dans la démence.

Toutes ces considérations s'appliquent à la folie congestive, où l'on voit toujours des lésions des couches optiques, des noyaux olfactifs, etc., qui donnent naissance à des sensations multipliées sous l'influence desquelles l'individu ne peut s'expliquer, par une comparaison avec les impressions antérieures, ce qu'il sent, voit, entend, goûte, odore; on dirait que sous l'influence de ces lésions, il se produit comme une sorte d'éréthisme, d'excitation continuelle des centres sensoriels, et que le rapport normal entre l'impression et la sensation soit complétement modifié; c'est-à-dire que, pour une impression qui est égale à 1, le malade ressente une sensation qui est : 10.

C'est tellement vrai que, près de ces malades, vous ne pouvez faire un peu de bruit, remuer brusquement une chaise, sans qu'ils tressaillent et témoignent d'une émotivité très-singulière ; ils sont impressionnés comme s'ils recevaient des commotions électriques; c'est de là que naît chez eux si facilement la croyance à des pratiques de physique dans le but d'expliquer les sensations bizarres qu'ils res-

(1) Luys. *Recherches sur le système nerveux.* Paris, 1867.

(2) Marcé. *Mémoires de la Société de biologie.*

sentent; ce sont, en un mot, de véritables sensitives. Et, sous l'influence de ces sensations extraordinaires, de ces illusions, de ces hallucinations répétées, il est d'autant moins extraordinaire que l'intelligence se trouble, que les autopsies démontrent que les lésions congestives des couches optiques amènent des altérations analogues dans la substance corticale des circonvolutions pariétales, et plus tard frontales; ces malades s'en prennent alors au genre humain de leurs sensations, le détestent, et montrent ainsi, en particulier, qu'ils sont devenus aliénés.

Le traitement qui me paraît le plus rationnel et que j'ai adopté, est la méthode révulsive sous toutes ses formes, les anti-phlogistiques et les dérivatifs ; ainsi ce seront des vésicatoires ou des cautères à la nuque ou au bras, quelques petites saignées déplétives. Quant aux moyens pharmaceutiques que j'emploie, les uns ont pour but d'augmenter la tonicité du système vasculaire, d'autres de diminuer la vitesse du courant sanguin, c'est-à-dire la digitale, le *veratrum viride;* j'ajoute à cela l'hydrothérapie que, dans ce cas, j'emploie sous la forme de l'enveloppement en drap mouillé, et que j'ai vu amener un tel ralentissement de la circulation, que le pouls tombait de 72 pulsations à 50 par minute.

Il ne faut pas s'effrayer de la résistance des malades à tout traitement; l'un des exemples les plus saillants qu'il m'ait été donné d'observer de cette résistance est offert par la première malade que je vous ai montrée. Nos tentatives pour la traiter nous ont valu la haine de cette femme, et ceux qui sont chargés de la soigner reçoivent à chaque instant de grossières injures; cette résistance n'a rien que de naturel de la part d'individus qui méconnaissent leur état morbide; elle prouve ce fait, c'est qu'ils sont gravement malades. Aussi, Messieurs, ne faut-il pas hésiter à employer la camisole de force, quelquefois seul moyen d'instituer un traitement, et de pouvoir le continuer en maintenant les pièces d'un pansement, en permettant d'examiner l'aliéné. Cet appareil les sauve de leurs violences contre eux-mêmes, les empêche de se blesser dans nombre de circonstances, et ne croyez pas qu'ils l'aient en horreur, comme on le dit et comme on le suppose ; je pourrais vous montrer des malades qui, les premières fois, ont fait de la résistance, il est vrai, mais qui maintenant aident elles-mêmes à ce qu'on leur mette la camisole, lorsque leur agitation rend ce moyen nécessaire.

§ II. Congestion passive. — Il existe une autre forme de folie congestive, c'est *la folie par congestion passive;* elle résulte d'une stase qui se produit lorsque le sang arrive aux capillaires avec une force moindre que celle qui lui serait nécessaire. Ce fait se présente lorsque la tonicité du système artériel est diminuée ainsi sous l'influence de l'état athéromateux ; il en résulte, en effet, un ralentissement de la circulation capillaire qui produit dans les petits vaisseaux une stagnation du sang

favorable à la transsudation, hors des parois vasculaires, d'éléments hématiques que l'on trouve dans un état de régression plus ou moins avancée ; cette forme de congestion se rencontre assez fréquemment dans certains cas de cachexie par cause organique.

J'ai vu récemment un cas très-intéressant de cette variété d'aliénation ; c'était une phthisique arrivée à la dernière période de la cachexie tuberculeuse. Entrée dans mes salles le 22 septembre 1868, elle y est morte le 27, ayant présenté, dans le court espace de temps qu'elle a été soumise à notre observation, les symptômes suivants : Du côté des poumons, l'état était celui qu'on trouve dans la tuberculose avancée ; elle offrait de grandes cavernes au sommet du poumon gauche. Comme phénomènes intellectuels, elle présentait une démence absolue et une incohérence très-grande ; la parole était rapide et nette. Elle disait : « Qu'elle venait de voir Mlle Rachel ; qu'elle arrivait des ateliers nationaux ; qu'elle était hier au foyer de la Comédie-Française ; Mlle Rachel veut tuer un enfant ; j'ai fait des dettes que je n'ai pas payées ; où est le pistolet pour tuer le bébé ? mais je ne l'ai pas tué. »

Le délire et l'incohérence, dont les paroles que je viens de vous citer ne donnent qu'une faible idée, dataient de près de trois semaines.

L'autopsie montra, en dehors des lésions tuberculeuses du poumon, des altérations importantes de l'encéphale ; le cerveau paraissait généralement pâle et anémique; les méninges n'étaient nullement congestionnées et n'étaient pas adhérentes à la substance corticale ; mais, tout le long du bord externe de l'hémisphère droit, l'écorce cérébrale offrait un piqueté rouge, abondant, ressemblant à de petites apoplexies capillaires. A l'examen microscopique, on constatait que, dans ces points, les vaisseaux étaient athéromateux au plus haut degré ; le long de leur paroi, on trouvait une véritable nappe de graisse ; de plus, on voyait des amas d'hématine, d'hématosine, des cristaux de carbonate de chaux ; cependant, les cellules cérébrales paraissaient partout normales. Ainsi que vous le voyez, Messieurs, le cerveau de cette femme présentait réunis deux états bien différents : un peu d'anémie et une congestion passive, cette dernière dépendant de l'athérome vasculaire.

II. — FOLIE PAR ANÉMIE SIMPLE.

Il existe une autre forme de folie d'origine différente ; celle dite *par anémie,* presque aussi fréquente que la forme congestive. Elle se présente surtout chez les femmes, et particulièrement chez les jeunes femmes ; elle se trouve, ainsi que son nom l'indique, liée à une anémie, à une chloro-anémie, soit générale et primitive, comme à la suite de chagrins, d'une alimentation insuffisante, d'excès de travaux, etc., soit secondaire et consécutive alors à une maladie générale, comme la convalescence d'une affection aiguë ou cachectique, ou produite par une diathèse

cancéreuse, tuberculeuse. On retrouve, dans cette forme de folie, bien des traits de la chloro-anémie, tels que la décoloration et l'anémie de la peau et des muqueuses, des souffles vasculaires, un état nerveux caractérisé par de la mélancolie et de la variabilité du caractère, des douleurs névralgiques, des modifications du rhythme du cœur, des troubles digestifs (dyspepsie, gastralgie, constipation), des troubles utérins (dysménorrhée, leucorrhée), etc. Cette cause de folie n'a pas encore été suffisamment admise par tous les auteurs, et cependant Buchez et Archambault, dans une discussion qui a eu lieu en 1857 à la Société médico-psychologique de Paris, avaient cherché à démontrer que des altérations quantitatives et qualitatives du sang amenaient des troubles intellectuels : « Des modifications dans la nutrition du système nerveux, soit central, soit périphérique, disait Buchez, peuvent résulter d'un changement dans la composition du sang, et c'est là ce qui peut expliquer les troubles nerveux qui se manifestent chez les anémiques et les chlorotiques. » Plus tard, M. Boureau, dans sa thèse, avait repris la même opinion en apportant à l'appui de nouveaux faits. En dernier lieu, M. Morel, de Rouen, l'avait adoptée. Vous voyez donc, Messieurs, que cette cause morbide avait été soupçonnée, que dis-je, avait été formellement démontrée.

Malgré ces autorités scientifiques, le plus grand nombre des auteurs préfèrent admettre, comme cause primitive de folie, l'élément moral ; c'est ainsi que, au sujet d'un mémoire que j'avais présenté à l'Académie de médecine en 1863, et dans lequel je liais le plus souvent la mélancolie à l'anémie et à la chloro-anémie, M. Lélut, rattachant le même état morbide à des causes surtout morales, combattit vivement mon opinion. Cette idée n'a jusqu'ici soulevé que des critiques ou a été laissée de côté avec indifférence ; j'ai confiance qu'elle mérite mieux que cela, et je n'en veux pour preuve que les insuccès du traitement moral ; insuccès qui démontrent que, dans la folie, il y a autre chose que des causes morales, et qu'il faut nécessairement s'occuper de l'élément physique. Certes, je suis loin de nier l'influence des causes morales d'une façon absolue, mais je prétends qu'elles n'agissent que d'une façon indirecte, et que leur action primitive rare, pour ne pas dire exceptionnelle, ne produit la folie que lorsque, sous cette influence, le système circulatoire a été atteint, et qu'il s'est produit un état anémique et dyscrasique.

Dans ces dernières années, des travaux faits en dehors de l'aliénation mentale ont démontré l'influence de l'anémie cérébrale sur les troubles intellectuels. Je puis vous citer les recherches de Wade et de Rostan, d'Erhmann, de Soulier, de Vulpian, de Bachelet, élève de Vulpian (1), sur cette importante question. Tous ces mémoires tendent à démontrer que l'anémie cérébrale, non pas celle qui est subite et suit, par exemple, la ligature de la carotide primitive, mais celle qui se développe lentement

(1) Bachelet, thèse de doctorat, 1867.

comme celle qui succède à une oblitération lente des mêmes artères, amène dans le fonctionnement cérébral, des troubles analogues à ceux qui sont observés dans l'aliénation mentale. Erhmann, dans son travail, cite (page 28) le fait de deux malades atteints de tumeurs du corps thyroïde comprimant les carotides, chez lesquels, au fur et à mesure que la compression devint plus considérable, il se développa des troubles cérébraux, tels que hallucinations, délire, etc. Il ajoute avoir vu des cas où des hémorrhagies ont déterminé de l'agitation, du délire. Marshall Hall relate le fait d'une femme qui, pendant une abondante métrorrhagie, fut prise d'un délire violent qui dura deux heures. Soulier (Lyon, 1868) admet l'identité la plus parfaite des phénomènes produits par la congestion et l'anémie cérébrale, soit qu'il s'agisse de convulsions, d'excitation cérébrale, de délire.

Tous ces faits et toutes ces opinions s'accordent avec le résultat des expériences de Rosenthal et de Flint. Ils ont démontré que la privation pour le cerveau d'un sang oxygéné produit tout d'abord une certaine excitation des fonctions cérébrales, c'est-à-dire des troubles intellectuels et du délire. Le délire des convalescents démontre aussi cette action de l'anémie sur le fonctionnement intellectuel.

Thore, récemment enlevé à la science, a démontré que, pendant la convalescence qui suit les affections graves et de longue durée, il y avait quelquefois des accès de délire durant vingt à trente heures, et s'accompagnant d'une grande agitation et d'hallucinations de la vue et de l'ouïe.

J'ai pu moi-même récemment observer un cas analogue : Un enfant, âgé de 3 ans 1/2, en convalescence d'une diphthérie très-grave, présentait pendant la nuit du délire, de l'agitation, des peurs sans raison dès que cinq heures s'étaient écoulées sans qu'il prît de nourriture ; avec l'alimentation, le calme reparaissait.

Enfin, rappelez-vous Trousseau citant plusieurs faits de délire d'inanition guéris à l'aide de bouillons.

Dans le même ordre d'idées, nous trouvons le délire des naufragés de la *Méduse* décrit par M. Savigny et s'accompagnant d'illusions ou d'hallucinations, surtout de la vue ou de l'ouïe.

Dans tous les faits que nous venons de citer, la cause du délire est la même que celle de la forme de folie qui nous occupe, c'est-à-dire que, dans les deux cas, c'est l'anémie, l'aglobulie et ses conséquences sur la crase du sang qui occasionnent tous ces troubles, rapides dans le premier cas et lents dans le second ; mais leur pathogénie intime me paraît être la même et dépendre d'une altération quantitative et qualitative du sang, et par suite d'une excitation des cellules par nutrition insuffisante ; l'aphorisme d'Hippocrate, *Sanguis moderator nervorum*, est toujours vrai.

On comprend, en effet, l'influence que l'aglobulie peut avoir sur le système cérébral ; il n'est pas indifférent que la quantité de globules, et partant d'oxygène qu'ils transportent, soit diminuée. Recueillez vos souvenirs, et vous verrez que la chloro-

anémie simple s'accompagne d'un état nerveux tout spécial, d'une irritabilité très-grande, avec une teinte mélancolique, qui sont comme l'ébauche de la folie. Mais cette relation entre ces deux états n'est pas toujours et seulement suffisante pour expliquer l'apparition de la folie. Il faut admettre, en effet, avec la plupart des auteurs, et en particulier avec Moreau (de Tours) qu'une prédisposition héréditaire est le plus souvent indispensable, et joue un rôle très-important dans toute la pathologie mentale.

Cette forme de folie se caractérise surtout par des symptômes de dépression ; elle présente plus souvent le type de mélancolie simple ou de mélancolie avec stupeur que le type de manie avec agitation ; et, pour vous faire apprécier la vérité de ce que je viens de dire, je veux vous citer quelques faits qui se sont présentés à mon observation. J'ai eu à donner mes soins à un jeune homme, apprenti sculpteur, âgé de 30 ans, très-studieux, plein d'émulation ; il se livrait au travail avec une grande ardeur, et cherchait à compenser ainsi l'état inférieur de développement de son intelligence ; d'un autre côté, son alimentation était insuffisante ; il avait observé plusieurs fois une abstinence de nourriture de plusieurs jours pour achever un travail à jour fixe ; il faut ajouter qu'il se livrait à l'onanisme. Lorsque je l'observai, il était dans un état de mélancolie très-prononcée, avec stupeur, immobilité, mutisme, et refusait de manger ; comme symptôme physique, on constatait, à la base du cœur et le long des vaisseaux du cou, un souffle doux systolique. Un traitement tonique et reconstituant guérit rapidement ce malade de son anémie et de sa folie, et, lorsque la guérison fut obtenue, il me confia que, pendant tout le temps de sa maladie, des voix le menaçaient de le punir et l'injuriaient à propos de ses mauvaises habitudes d'onanisme.

Cette même influence de l'anémie par inanition a été bien remarquable chez un malade que j'ai vu il y a quelques années à Bicêtre ; cet homme, d'une humeur ordinairement sombre, perd sa fille ; il cesse absolument de manger, et, au bout d'un mois, est pris de folie mélancolique avec hallucinations terrifiantes de l'ouïe, accompagnées des signes de l'anémie la plus prononcée. Il guérit au bout de six mois.

Dans ces derniers temps, j'ai été appelé auprès d'une femme chez laquelle la folie a été bien évidemment liée à une anémie, suite de chagrins violents occasionnés par la mort d'une fille unique ; cette malade perdit peu à peu le sommeil, l'appétit ; le teint devint jaune pâle ; elle se plaignait d'avoir froid aux extrémités qui, en effet, étaient refroidies ; elle passait ses nuits à gémir, à pleurer ; sa physionomie devint triste, concentrée ; elle tomba dans la mélancolie ; elle parla de moins en moins, et, si elle prononçait quelques paroles, c'était pour dire qu'elle voyait bien que les maîtres de la maison où elle était employée ne la garderaient pas, qu'ils lui faisaient mauvaise mine ; par moment, elle se jetait au cou de la maîtresse de la maison, pleurant et demandant pardon. En même temps, elle cessait de travailler et perdait beaucoup

de son habileté manuelle, ce qui augmenta son chagrin ; son haleine devint fétide, le teint jaune terreux, et, en auscultant les carotides et la base du cœur, on entendait un souffle doux systolique. C'est à cette période de la maladie que le membre supérieur droit devint un jour maladroit et faible sans qu'il y eût eu des signes de coup de sang; elle ressentit seulement une céphalalgie gravative considérable au front; elle éprouva des hallucinations de l'ouïe, de la vue, fut assaillie d'idées délirantes à forme triste et mélancolique ; c'est dans cet état que la malade qui, d'ailleurs, s'était refusée à tout traitement, dut être emmenée dans son pays ; ce départ fut précisément la cause de phénomènes intéressants qui se présentèrent quelques jours avant qu'elle quittât Paris. En voyant la femme qui devait la remplacer, elle fut prise d'une violente émotion, et, trois heures après, elle racontait en ma présence tout ce qu'elle avait ressenti jusqu'alors; elle avait éprouvé, disait-elle, en même temps que cette émotion ou plutôt quelques minutes après, des douleurs dans le membre supérieur droit et dans le jarret droit, puis sensation de chaleur générale, d'accélération dans la circulation et des frissons; la céphalalgie avait disparu ; sa tête était dégagée du poids qui, jusqu'à ce jour, l'avait accablée; les extrémités, froides auparavant, offraient une température ordinaire, et elle sentait le sang y circuler ; la gêne dans les mouvements du membre supérieur droit avait disparu. Elle parlait comme avant sa maladie ; sa physionomie exprimait l'expansion, le bonheur ; la face rouge colorée avait perdu la teinte jaune, terreuse ; le pouls était plutôt résistant, et battait à 72 ; la température axillaire s'arrêtait à 37° 4. Comme vous le voyez, la transformation était complète ; mais malheureusement cet état ne dura que dix-sept heures, et, après une nuit passée sans sommeil, l'état antérieur reparut. (Cette femme a guéri depuis.)

Les phénomènes que j'avais constatés en premier lieu, froid aux extrémités, teinte jaunâtre de la face, bruit de souffle doux et systolique dans les carotides, pâleur des conjonctives étaient bien évidemment sous la dépendance de l'état anémique qui avait amené consécutivement les hallucinations et la folie. Mais, ce qu'il faut noter, Messieurs, c'est cette sorte de crise provoquée par une émotion, crise dans laquelle j'ai observé le rétablissement de la circulation et de la chaleur aux extrémités, la cessation de la céphalalgie, le retour de l'intelligence à l'état normal, et en même temps la disparition des phénomènes de faiblesse et de maladresse du membre supérieur droit, qui me paraissent d'autant plus devoir être rattachés à une ischémie ou anémie localisée de l'hémisphère gauche, qu'ils ont disparu au moment de la crise.

Une anémie que j'appellerai *secondaire*, observée surtout dans la cachexie tuberculeuse et dans la diathèse cancéreuse, amène aussi des troubles intellectuels.

Un homme de peine, malade, fut admis dans le service de M. Bouillaud. Il était atteint depuis huit mois d'une phthisie non héréditaire accompagnée d'hémoptysies abondantes durant depuis quatre mois, et présentait des hallucinations de l'ouïe et

de la vue. Il voyait passer des feux rouges, blancs, analogues à des chandelles ; il entendait aussi des personnes de sa connaissance avec lesquelles il entretenait des conversations. Dans le service de mon savant maître, j'ai pu aussi observer une femme âgée de 24 ans et atteinte depuis deux ans de phthisie pulmonaire héréditaire ; cette malade, excessivement amaigrie, ne dormait pas et se sentait chaque nuit tomber à l'eau, voyait cette eau et apercevait des poissons et des coquillages. Dans tous ces faits, l'anémie consécutive à la tuberculose avait altéré la composition et la quantité du sang.

Je vous ai dit, Messieurs, que la folie par anémie est plus souvent caractérisée par des symptômes de dépression que par l'agitation ; j'aurai cependant à vous montrer plusieurs malades assez agitées chez lesquelles la folie est bien évidemment liée à de l'anémie ; mais leur agitation est, si je puis m'exprimer ainsi, douce. Ces malades ne sont pas méchantes ; elles menacent rarement ou bien, si elles font des menaces, elles n'y donnent pas suite ; parfois elles sont injurieuses, mais leurs injures ne sont pas aussi grossières que dans la folie congestive ; leurs hallucinations, leur délire sont plus variés et plus mobiles que dans la forme congestive ; elles sont moins tenaces dans leurs injures, leur persiflage, leur haine, leurs conceptions délirantes et leurs interprétations fausses. Ces malades sont réellement le type de la mobilité ; leur main est leste et prête à frapper, mais le coup est sans conséquence et analogue à ceux auxquels se laissent facilement aller les femmes dites nerveuses ; on n'observe pas chez elles les menaces, le maintien, le délire, les manières de faire des folies congestives dont je vous ai montré un type dans ma première conférence. Cette forme de folie se caractérise principalement par des illusions et des hallucinations de l'ouïe et de la vue ou de la sensibilité générale, et par des conceptions délirantes ayant trait à ces hallucinations. C'est une folie qui procède bien plutôt d'impressions sensorielles que de mobiles intellectuels et moraux ou, pour mieux rendre ma pensée, c'est une folie qui prend ordinairement son origine primordiale, non dans l'exercice involontaire et désordonné de l'imagination et de la mémoire, mais d'abord dans la surexcitation fonctionnelle des sens et de la sensibilité générale.

Permettez-moi d'y insister, c'est par des troubles des sens, surtout celui de la vue, par l'ouïe et par la sensibilité générale, que débute cette forme de folie ; les malades ont des hallucinations d'abord, et c'est plus tard seulement que surviennent les conceptions délirantes.

Au point de vue physique, ces malades offrent les caractères de l'anémie la plus prononcée : le teint est pâle, jaunâtre ; les muqueuses décolorées, et la peau tellement anémique qu'on peut enfoncer une épingle sans amener une goutte de sang ; la sensibilité générale est en même temps si altérée qu'on peut pincer et piquer la

peau, traverser (comme je le fais devant vous) l'enveloppe cutanée sans qu'ils témoignent de la douleur ; ils sentent quelquefois ce qu'on leur fait ; mais la sensation est tellement élémentaire et tellement obtuse qu'on ne peut s'empêcher de penser à ces extatiques et à ces convulsionnaires que l'on brûlait et torturait sans pouvoir leur arracher une plainte, à ces faquirs de l'Inde qui se martyrisent sans témoigner de la moindre douleur. En outre, les femmes atteintes de ce genre de folie sont affectées de leucorrhée considérable, liée le plus souvent à des granulations du col de l'utérus et à des troubles de la menstruation (dysménorrhée) ; elles accusent de la constipation, de la dyspepsie, du ballonnement fréquent du ventre.

Le traitement doit être essentiellement tonique et reconstituant ; c'est ce que vous avez vu dans quelques-uns des faits que je vous ai cités ; c'est au même traitement que doivent leur guérison des hallucinés observés par M. Baillarger (1), et il en sera de même chaque fois qu'une maladie mentale sera traitée rationnellement, en tenant compte de sa pathogénie.

Le nombre des guérisons obtenues dans les établissements d'aliénés démontre bien que la variété de folie qui nous occupe aujourd'hui est une de celles qui sont le plus facilement curables, et qui donnent à la thérapeutique les plus beaux résultats.

(1) Baillarger, *Mémoire sur les hallucinations.* (*Mémoires de l'Académie de médecine.*)

III

Folie par athérome artériel.
Folie consécutive à des tumeurs intra-crâniennes.

III. — FOLIE PAR ATHÉROME.

Messieurs,

Si la folie par anémie simple et par chloro-anémie a été signalée par Buchez, Archambault, Boureau et d'autres auteurs, la folie par anémie consécutive à l'athérome des vaisseaux n'a pas, que je sache, été jusqu'à ce jour signalée, et cependant cette cause me paraît être assez fréquente.

En permettant de reconnaître ce genre de lésion, le microscope, venant ainsi en aide à la clinique, aura rendu un très-grand service à la pathologie mentale; car, tout en apprenant à pénétrer plus avant dans la connaissance de la nature de la folie et de ses causes organiques, il nous fournit des données qui expliquent l'insuccès, dans ces cas, des méthodes ordinaires de traitement, et met sur la voie d'une thérapeutique plus rationnelle.

Ce genre de lésions concorde très-bien avec le rôle que l'on attribue à bon droit aux passions, aux chagrins, aux excès dans la genèse de la folie ; on a, d'une part, signalé la fréquence des affections cardiaques chez les aliénés, et, d'autre part, il y a longtemps que l'on a dit, et le fait est toujours vrai, que les causes morales étaient souvent productrices de maladies du cœur ; mais aujourd'hui on doit ajouter : et des *maladies du système artériel*. De nombreuses observations, en effet, démontrent les relations qui existent entre des états pathologiques généralisés du système circulatoire et des passions, des excès, des veilles, même chez des adultes ne dépassant pas 30 et quelques années.

La coïncidence de maladies du cœur avec la folie a bien été reconnue ; mais, jusqu'à ce jour, les auteurs n'ont pas pensé à chercher dans le système artériel encéphalique, des lésions analogues aux lésions cardiaques qui pussent expliquer le trouble mental. Leurs hypothèses se sont bornées à chercher le lien morbide qui pouvait rattacher les maladies du cœur à la folie ; c'est dans ce sens que sont conçus les mémoires intéressants du journal de Nasse, de Lippich, de Burrows, de Saucerotte, mémoires ayant trait à des individus qui avaient des lésions athéromateuses des orifices du cœur.

Dans la plupart des faits qu'ils ont cités, ces auteurs font mention d'hallucinations, de conceptions délirantes primitives, mais plus souvent d'hallucinations ; c'est ainsi que deux frères observés par Saucerotte (*Annales médico-psychologiques*, année 1844, page 173) et atteints de rétrécissements des orifices avec palpitations avaient des hallucinations et des terreurs inimaginables : l'un voyait des fantômes blancs à formes fantasques et indéfinissables qui se posaient devant lui d'un air menaçant; l'autre se persuadait qu'il était dominé, poursuivi ; il entendait les moqueries, les injures de ceux qui l'entouraient, et était tombé dans la plus profonde mélancolie. Saucerotte donne ainsi cinq observations où l'influence des maladies du cœur sur la production des hallucinations, des conceptions délirantes ressort de la façon la plus évidente, et il arrive à cette conclusion : que les palpitations amènent un état congestionnel, et, par suite, une stimulation anormale du cerveau.

Morel dit aussi avoir fréquemment rencontré des affections du système circulatoire central chez des aliénés et ajoute que les maladies du cœur lui paraissent entrer pour une large part dans l'étiologie de la folie ; mais cet éminent médecin n'a pas pensé que des lésions pouvaient exister plus haut, et, partant, expliquer bien autrement les troubles intellectuels qu'une lésion du cœur.

Voici ce que j'ai rencontré dans l'encéphale de malades dont la folie était produite par des lésions athéromateuses des vaisseaux cérébraux : les artères principales et moyennes offraient de nombreuses plaques blanc jaunâtre d'athérome ; quelquefois leurs parois étaient complétement calcifiées ; on voyait, à l'examen microscopique, des altérations considérables dans les vaisseaux capillaires des méninges et du cerveau, altérations qui consistaient en particulier en granulations graisseuses, surtout au niveau de leurs bifurcations; ces altérations occupaient surtout la gaîne lymphatique ; de fines gouttes d'huile étaient disséminées dans la paroi ; la transparence du vaisseau en était diminuée. Ces lésions amènent un état d'ischémie plus ou moins prononcé dans les parties les plus périphériques de ces mêmes vaisseaux ; on n'y voit pas ou on n'y voit que très-peu de globules sanguins, et les portions correspondantes de substance cérébrale qui, à l'œil nu, paraissent pâles et décolorées, sont exsangues sous le microscope ; consécutivement à ces lésions, il se fait à la longue, dans les éléments nerveux eux-mêmes, des modifications plus ou moins considérables qui amènent forcément de l'incohérence dans les idées et de la démence ; ainsi, les cellules de la substance grise apparaissent un peu rétractées, revenues sur elles-mêmes, moins transparentes; elles renferment une certaine quantité de granules de graisse. D'autres sont complétement décolorées; quelques cellules prennent une teinte de rouille ; les tubes eux-mêmes apparaissent ratatinés, et ils se vident tellement quelquefois de leur myéline que, à de forts grossissements, leurs canaux de communication apparaissent filiformes. Quelques exsudats hématiques se rencontrent aussi dans les préparations ; ils paraissent dus à une congestion passive partielle dépendant de

la gêne de la circulation et sont constitués par des amas d'hématine et d'hématosine.

Ces altérations secondaires de l'ischémie par athérome se rapprochent singulièrement de celles que Luys et Marcé ont décrites dans la démence sénile ; l'analogie est grande, en effet, et, arrivée à cette période de lésions, la folie par athérome présente plusieurs caractères qui lui sont communs avec la démence sénile et qui sembleraient faire croire que ces malades sont atteints de sénilité dans l'âge adulte. Cette comparaison me rappelle un fait très-intéressant d'athéromes généralisés que j'ai observé dans le service de M. Bouillaud lorsque j'étais son chef de clinique, fait qui prouve, en particulier, que la dégénérescence athéromateuse généralisée peut survenir dans l'âge adulte, et non pas seulement dans la vieillesse.

L'observation, qui a été imprimée dans les *Bulletins de la Société anatomique*, est relative à un homme adulte, âgé de 48 ans, qui, depuis longtemps, se livrait à toutes sortes de débauches (excès de vin, de femmes, de fatigues). Les premiers accidents consistèrent en étouffements, palpitations, difficulté dans la marche, œdème des jambes, insomnie ; au bout de trois mois, les cheveux étaient devenus entièrement blancs ; la faiblesse était considérable ; l'arc sénile des cornées très-prononcé ; la mémoire très-infidèle ; il paraissait, en un mot, avoir 70 ans. Le rhythme des battements du cœur était très-irrégulier ; il survint des hallucinations consistant dans la vue de personnes qu'il avait connues autrefois ; les forces s'éteignirent progressivement, et l'individu succomba à des eschares au sacrum.

L'autopsie montra, en outre d'une péricardite chronique, des altérations athéromateuses et des incrustations calcaires du cœur, de l'aorte, et de toutes les artères des membres, de celles du cou, du cerveau, et une diminution de consistance de ce dernier organe.

Je vous ai parlé de cet exemple de dégénérescence athéromateuse généralisée survenue à l'âge adulte et semblable à celle que l'on rencontre dans la démence sénile, afin de vous démontrer que l'altération athéromateuse n'est pas exclusivement le propre de la vieillesse, et peut survenir chez l'adulte à la suite d'excès de toute sorte, de passions, de fatigues exagérées. Du reste, dans mes conférences de l'année dernière, je vous ai montré des malades atteintes de paralysie générale qui, encore jeunes, et consécutivement à des chagrins, à des fatigues excessives, avaient été atteintes de ces mêmes lésions, vérifiées, d'ailleurs, plus tard à l'autopsie. Une de ces malades, la nommée Lenormand, vient d'être prise ces jours-ci, pendant le début d'une pneumonie lobaire, de gangrène partielle de la peau du ventre qui m'a paru se lier à l'altération athéromateuse générale, et être précisément due à une embolie ou à une thrombose. J'ajouterai même, en raison de l'apparition simultanée de cette gangrène et de la pneumonie, que cette dernière a eu peut-être la même cause anatomique que la plaque gangréneuse du ventre.

Pour vous faire voir que ces lésions ne sont pas toujours liées à la vieillesse, je vous rappellerai encore que Conway les a observées chez un enfant de 14 ans, et que l'athérome est produit à tout âge par certains agents intoxicants : l'alcool, le plomb, par la syphilis, et par des maladies diathésiques : la goutte et le rhumatisme.

Les lésions athéromateuses jettent, Messieurs, le trouble dans la nutrition des éléments nerveux, et nuisent au fonctionnement cérébral régulier. Je vois, en effet, comme résultat d'ensemble de ces altérations, une gêne, une diminution dans l'abord du sang artériel aux éléments nerveux, et, par suite, des modifications considérables dans l'échange qui doit se faire aux extrémités des capillaires entre le sang et la substance nerveuse, échange qui a pour résultat de nourrir et de vivifier la cellule et le tube nerveux, et d'amener la rénovation des éléments anatomiques.

Nous avons là, en premier lieu, de l'anémie ou ischémie, et, en second lieu, de la dyscrasie ; aussi l'on comprend que, sous leur double influence, les cellules nerveuses n'étant plus régulièrement nourries, cessent de fonctionner régulièrement, ainsi que les tubes nerveux. Pour moi, je me représente que la première conséquence inévitable de cet état morbide est un obstacle à l'unité d'action dans le fonctionnement des cellules nerveuses, et à la coordonnation de leurs modes d'activité ; le fonctionnement de chacune devient, pour ainsi dire, individuel et indépendant de celui des autres. En tout cas, n'obéissant plus à une direction unique par suite de la discontinuité des rapports fonctionnels normaux entre tubes et cellules ; celles-ci deviennent le siége d'actes automatiques qui font surgir sans ordre des idées sans suite, des souvenirs antérieurs qui, revenant pêle-mêle, amènent nécessairement la domination de l'imagination. En effet, la clinique prouve que les discours inconscients de ces malades nous font assister à des actes, à des événements de leur vie passée, et reflètent des habitudes de pensées et de sentiments qui leur étaient familières autrefois.

Les lésions peuvent porter aussi bien sur les éléments nerveux de la couche corticale des circonvolutions que sur ceux des régions inférieures, et en particulier sur les centres que nous avons considérés comme étant le réceptacle des impressions sensoriales, c'est-à-dire les couches optiques, les centres olfactifs, auditifs, optiques. Dans le premier cas, on observe comme processus pathogénique du délire celui que je viens de vous exposer; dans le second, le délire est sensorial, c'est-à-dire qu'il a pour point de départ des illusions, des troubles des sens, de la sensibilité générale et spéciale, au lieu de naître primitivement de conceptions fausses et de l'exercice involontaire de l'imagination et de la mémoire.

Dans le cas de délire sensorial, il se fait consécutivement au trouble fonctionnel des couches optiques, centres olfactifs, auditifs, une réaction secondaire d'autant plus facile sur la substance corticale que l'altération vasculaire est plus ordinaire-

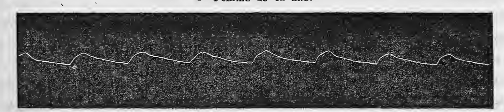
ment générale et en tout cas progressive, et par conséquent atteint, dans un temps plus ou moins prochain, les portions supérieures de l'encéphale.

Enfin, lorsque l'état morbide est dans son degré le plus avancé, la composition de la substance nerveuse elle-même se modifie, et elle entre en dégénération régressive, caractérisée en particulier par des gouttes et des nappes d'huile, des granulations graisseuses que l'on trouve dans la gangue amorphe, dans les cellules grises. C'est à ce degré, et lorsque est survenue la triple lésion des vaisseaux, des cellules et des tubes, qu'apparaissent la folie systématisée et la démence. Vous le voyez, le processus morbide a, dans ce cas, des tendances essentiellement nécrobiotiques ; c'est ce qui explique comment cette variété de folie arrive fatalement à la démence, qui est un état nécrosique.

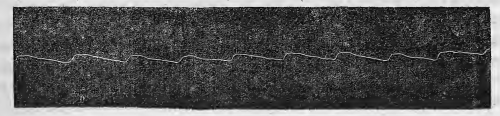
Ce genre de folie peut être reconnu sur le vivant surtout au moyen de l'examen physique du malade, et, à ce sujet, je ne craindrai pas d'insister de nouveau sur l'importance qu'offre au médecin aliéniste cet examen. Vous ne sauriez croire combien j'ai trouvé ainsi de lésions qui coïncidaient avec les conceptions délirantes; la liaison est alors tellement réelle, que la guérison ou l'amélioration de la folie suit la guérison ou l'amélioration de l'état physique.

Pour en revenir aux moyens de reconnaître sur le vivant la folie par athérome, vous devez ausculter le cœur, l'aorte, les carotides, prendre des tracés sphygmographiques, faire l'examen ophthalmoscopique de l'œil ; vous arrivez à constater soit un souffle existant à la base du cœur ou sur le trajet de l'aorte et des carotides, indiquant une lésion du cœur et des gros vaisseaux, soit à vous assurer, par le sphygmographe, que le système artériel est altéré, et vous obtenez alors un plateau appréciable ou une courbe élevée, ainsi que vous pouvez vous en assurer par ces tracés que je fais passer sous vos yeux.

1° Femme de 42 ans.



2° Femme de 44 ans.



De plus, ces malades ont un teint pâle, jaunâtre et spécial à l'état athéromateux; la température du corps est abaissée, les sécrétions cutanées sont diminuées, et, chez des gens encore jeunes, j'ai trouvé le cercle sénile des cornées très-apparent. Le poids, chez ces malades, est très peu élevé ; ainsi, chez deux femmes placées dans ces conditions, il était de 50 kilog. chez l'une et de 53 chez l'autre, quoique leur taille fût moyenne.

J'ai prié M. le docteur Galezowsky d'examiner avec moi, dans certains cas, quelques-unes de ces malades, et j'ai constaté avec lui que les artères centrales de la rétine présentaient quelquefois des flexuosités. De plus, nous remarquâmes que, chez une malade, les battements de ces mêmes artères étaient notablement faciles à obtenir par une très-douce pression exercée sur le globe oculaire. Ce symptôme, qui est pour nous en ce moment l'objet de recherches, m'a paru se lier à l'athérome et dépendre d'une diminution dans la résistance des membranes artérielles à la diastole du vaisseau. Ce signe, s'il était fréquent, serait donc à ajouter aux autres pour fixer le diagnostic d'une folie par athérome artériel.

La folie par athérome, au point de vue symptomatique, se présente, comme je vous l'ai fait pressentir dans notre dernière conférence, sous deux formes qui sont primitivement bien différentes.

Dans l'une, les impressions sensoriales, les illusions, les hallucinations, en un mot, les troubles de la sensibilité générale et des sensibilités spéciales se montrent tout d'abord et dominent la scène morbide pendant un certain temps ; dans l'autre, la folie débute d'emblée par des conceptions délirantes, des erreurs d'imagination.

Je vous ai montré, dans la dernière conférence, deux malades : la nommée Barnien, entre autres, qui présentait le type de la dernière de ces deux formes de folie. Chez elle, la maladie a commencé par un délire triste, non hallucinatoire ; par des actes déraisonnables consistant à acheter à tort et à travers des objets dont elle n'avait nullement besoin ; et, vous le reconnaîtrez, Messieurs, ces phénomènes, qui révèlent de l'incohérence, démontrent pleinement que chez elle l'affection avait atteint de prime abord le siége de l'intelligence ; tandis que chez l'autre malade que je vais vous montrer, et qui dès le début n'a eu que des hallucinations de l'ouïe, les parties dévolues aux impressions sensoriales ont été seules primitivement affectées.

La seconde malade a commencé, en effet, il y a six ans, à éprouver des hallucinations de l'ouïe. Travaillant dans un atelier, elle croyait entendre qu'on disait du mal d'elle ; elle ressentait dans les bras des sensations analogues à celles qu'on lui aurait produites en lui serrant cette partie du corps pour la chasser de la salle, et, chose singulière, toutes ces hallucinations cessaient lorsqu'elle était en plein air et loin du mouvement de l'atelier. Ces aliénés peuvent avoir des hallucinations diurnes ou nocturnes analogues à celles qu'on observe dans d'autres formes de folie et dépendant des sens spéciaux de l'ouïe, de la vue et de la sensibilité générale.

Cependant les malades qui ont été soumis à mon observation les avaient surtout de l'ouïe et de la sensibilité générale; ils présentent aussi des illusions; et des sensations réelles, souvent interprétées d'une façon fausse, deviennent l'occasion d'un trouble mental.

Dans les deux formes il se produit quelquefois de l'exaltation maniaque, et c'est sous l'influence de ces hallucinations et sensations faussement interprétées que se produisent des idées de persécution, des conceptions délirantes et des paroxysmes d'exaltation maniaque, pendant lesquels ils sont en proie à un délire général qui s'étend de plus en plus, par suite, en particulier, de la tendance essentiellement progressive et généralisante de l'athérome.

A l'inverse de beaucoup de malades atteints de délire partiel, qui travaillent, s'occupent d'une façon plus ou moins utile, ceux dont le trouble mental est lié à des altérations athéromateuses s'occupent très-peu ou ne s'occupent que de travaux futiles. On les voit marcher sans but, aller, venir sans raison, passer des heures entières, assis par terre, dans l'inaction la plus absolue ou occupés seulement de leurs idées de persécution et de leurs hallucinations; s'ils travaillent, leur attention ne peut s'élever au-dessus des soins grossiers du ménage ou des travaux du manœuvre; ils s'affublent souvent, comme une malade que je vais vous présenter, de chiffons de couleurs voyantes, et cela sans délire de grandeur, sans idées de dignités; leur insouciance et leur nonchalance sont le plus souvent très-grandes et se révèlent dans leurs habitudes extérieures. Ainsi que la plupart des aliénés qui ont des hallucinations de l'ouïe, ces malades parlent souvent seuls, à voix basse ou à haute voix, suivant l'intensité de l'hallucination. Enfin, ainsi que chez tous les aliénés, les sentiments affectifs sont très-affaiblis ou nuls : la mort d'un proche, d'un père, d'une mère, d'un enfant leur est à peu près indifférente; cependant leur mémoire reste assez longtemps normale jusqu'au moment où arrive la démence, terminaison habituelle de cette forme de folie et conséquence du processus spécial essentiellement destructeur que constitue chez eux la dégénérescence graisseuse. Ces malades présentent aussi la plus grande tendance à tomber dans la folie dite systématisée, c'est-à-dire dans la forme de troubles de facultés intellectuelles dans laquelle les aliénés sont renfermés dans le même cercle d'idées fausses ou délirantes, d'actes inconscients et dont ils ne sortent jamais. C'est ainsi qu'une de ces malades, qui se trouve actuellement dans mon service, passe son temps pendant toute la journée à introduire, avec sa langue et ses lèvres, des cailloux, de petits débris de bois dans les fentes des murs, et est arrivée ainsi à enlever complétement tout le plâtre qui joint les pierres des murs d'une certaine partie du chalet. C'est dans ces cas que la folie systématisée est bien évidemment un état secondaire.

Le pronostic de cette forme de folie est grave, et il tire toute sa gravité de la fréquence ou, pour mieux dire, de la constance de la terminaison par démence liée à

la dégénération graisseuse des éléments nerveux ; c'est celle qui m'a présenté le plus de résistance à la guérison et même à l'amélioration, cette impuissance étant certainement due à l'insuffisance de nos connaissances sur les moyens à employer pour lutter contre l'état athéromateux des artères.

Pour le moment, je me contente d'employer des alcooliques, une nourriture tonique et réparatrice, les reconstituants, l'hydrothérapie sous toutes ses formes.

Quoique cette variété de folie doive, par la marche naturelle de sa lésion caractéristique, aboutir fatalement aux mêmes altérations terminales que la démence sénile, on peut, je crois, l'en distinguer très-nettement dans ses premières périodes, en se fondant sur la clinique et les connaissances pathologiques que je vous ai exposées.

Il est certain, en effet, d'une part, qu'avant que la lésion ait atteint les éléments nerveux, ces malades, au contraire de ce qui se passe dans la démence sénile, conservent leur mémoire intacte, raisonnent sainement sur un certain nombre de sujets, et ne présentent aucune diminution dans la sensibilité générale et spéciale, et que, d'autre part, les autopsies faites dans les premiers temps montrent que les éléments nerveux sont indemnes de toute altération organique ; tandis que, ainsi que vous le savez, la démence sénile se caractérise essentiellement dès l'abord par des altérations graisseuses des cellules nerveuses ; en un mot, la dégénération graisseuse des éléments nerveux est primitive dans la démence sénile, tandis qu'elle n'est que secondaire dans la folie par athérome. Les observations que j'ai pu recueillir, jusqu'à ce jour, de folie par athérome ne sont pas encore assez nombreuses pour que je puisse affirmer que rien ne m'ait échappé dans sa description ; le temps, l'étude feront le reste ; mais je termine cet exposé avec la pensée qu'il aura été utile d'avoir dégagé cette forme de folie des autres variétés déjà connues.

IV. — FOLIE CONSÉCUTIVE A DES TUMEURS INTRA-CRANIENNES.

Des tumeurs *intra-crâniennes* de différentes espèces peuvent déterminer la folie idiopathique. Jacobi a vu un cas de cette nature ; Foville père, Berthier, en ont observé, et, bien qu'ils soient bien rares, j'ai observé deux de ces faits. Les deux malades que j'ai pu étudier avaient été examinées par M. Falret père et Lasègue, et, d'après le certificat donné par ces deux honorables maîtres dont je suis heureux de pouvoir invoquer ici l'autorité, elles étaient atteintes de délire partiel pur. Eh bien ! chez la première malade, aliénée depuis quinze ans et dont le trouble cérébral consistait en un délire de persécutions, j'ai trouvé deux tumeurs situées : l'une à la partie inférieure des lobes antérieurs, l'autre à la partie supérieure de l'hémisphère gauche ; toutes deux étaient formées d'un stroma celluleux, de corps de Gluge, d'une gangue granuleuse, de corpuscules graisseux et de vaisseaux en petit nombre.

L'autre malade, qui avait été aussi reconnue comme atteinte d'aliénation mentale caractérisée par de la lypémanie et des penchants au suicide présenta, à l'autopsie six tumeurs hydatides qui s'étaient logées dans des circonvolutions supérieures et dans des sillons, et s'étaient creusé des loges dans l'intérieur de l'écorce grise; l'examen microscopique nous fit voir que ces tumeurs renfermaient des echynocoques; au voisinage de ces tumeurs, il s'était fait un état congestionnel très-marqué de la substance nerveuse. Dans ces cas, la folie a consisté en un délire partiel triste, caractérisé par des idées de persécution, des tendances persistantes au suicide, et s'est compliquée une fois d'attaques épileptiformes. Ces faits sont rares en France, ils doivent l'être moins dans les pays où les affections produites par les antozoaires sont fréquentes, ainsi dans certaines portions de l'Amérique méridionale, dans la république de l'Equateur en particulier. C'est par ces considérations que je termine ce que je me proposais de vous dire sur la forme primitive de la folie qui, ainsi que vous l'avez vu dans cette étude est liée à des processus congestif, anémique, athéromateux, et, en dernier lieu, à la présence de tumeurs intra-cérébrales.

IV

D'une forme de méningite spinale postérieure dans la paralysie générale. De son caractère insidieux. De sa valeur pronostique et de sa confusion possible avec la sciatique simple.

Bien des choses ont été dites sur la paralysie générale, et pourtant l'observation peut encore se donner carrière dans cette maladie; l'étude de phénomènes d'un ordre nouveau, que je vais vous exposer, en est un exemple.

Je veux vous montrer aujourd'hui la relation qui existe, d'une part, entre la méningite spinale et les exsudats qui en sont la conséquence, et, d'autre part, des symptômes dont la valeur a passé jusqu'ici inaperçue, des nausées, des vomissements et des douleurs analogues à celles de la sciatique.

J'espère vous faire passer ma conviction, que l'on ne saurait trop se méfier du caractère insidieux de certaines méningites spinales, et que l'on ne saurait employer une thérapeutique trop active pour empêcher le développement de la paralysie générale.

Le rapport entre la méningo-myélite, chez les paralytiques généraux, et la parésie des membres inférieurs, a bien été signalé par Westphal en particulier, mais la pathogénie, et surtout la valeur pronostique des phénomènes que je viens de signaler, n'a pas, que je sache du moins, été notée.

L'apparition de ces symptômes se fait de diverses manières : ainsi, voici comme je l'ai observée il y a quelques jours chez une des malades du service.

Cette femme, qui présentait, depuis son entrée dans mon service, les symptômes ordinaires de la paralysie générale du côté de la parole et de l'intelligence, avait conservé la liberté entière des mouvements des membres, quand, vers le 10 mai dernier, je m'aperçus que le pied gauche présentait tous les caractères spéciaux de la démarche des ataxiques, c'est-à-dire : tremblements ou plutôt oscillations des pieds pendant le mouvement en avant; talon fortement frappé lorsqu'il se posait sur le sol. Le 19 mai, c'est-à-dire neuf jours après, elle fut prise d'un frisson accompagné de vomissements et d'une grande agitation; en la couchant, on s'aperçut que le bras droit tremblait beaucoup lorsqu'elle imprimait des mouvements à ce membre. Le lendemain matin, ce tremblement persistait de telle façon

qu'il lui était impossible de porter à sa bouche sa cuiller ou son verre. Cette ataxie existait bien davantage à droite qu'à gauche; les deux pieds, et surtout le droit, présentaient aussi les mêmes phénomènes. M. Coyne, interne de mon service, qui a vu aussi ces premiers symptômes, notait, de plus, dans le membre inférieur droit, une légère hypéresthésie. En outre, la malade se trouvait dans un état semi-somnolent, présentait une grande obtusion de l'intelligence; elle répondait à peine aux questions qu'on lui adressait.

Le lendemain, l'hébétude et tous les autres phénomènes étaient les mêmes, et on constatait à la partie supérieure des gouttières rachidiennes, au niveau des masses latérales gauches de la troisième vertèbre cervicale, l'existence d'une douleur très-vive, que l'on provoquait par la pression seule; cette douleur existe encore, ainsi que vous allez pouvoir le constater, et, circonstance qui pourrait la faire méconnaître, elle occupe à peine une étendue de 1 centimètre 1/2. La sensibilité électro-musculaire est diminuée dans le dos, le cou, les membres; la douleur ne se manifeste pas, ou à peine, quelque forte que soit l'excitation, mais la contractilité électromotrice n'est pas modifiée; les muscles obéissent à cet excitant avec leur énergie habituelle; un état fébrile assez marqué a accompagné ces accidents, car la température rectale, qui, auparavant, ne dépassait pas 37°,4, est montée pendant plusieurs heures, et à plusieurs reprises, à 40°,2; la température axillaire, qui était de 36°,8, est montée à 39°2.

Aujourd'hui, qu'une rémission dans tous les symptômes tend à se faire, la température rectale est descendue à 38°,4; mais la douleur cervicale persiste, et l'état mental est resté ce qu'il était dès les premiers jours; l'hébétude est profonde, l'attention et la compréhension presque nulles, le mutisme à peu près absolu; en un mot, l'état de cette femme a notablement empiré.

Je considère ces symptômes comme étant l'expression d'une méningite spinale localisée dans la partie postérieure du cordon médullaire. J'en ai vu déjà plusieurs exemples où les lésions occupaient toujours la partie postérieure de la moelle, limitées quelquefois en des points très-circonscrits. Je crois que, chez des paralytiques généraux, on doit considérer cet état comme le résultat de l'extension aux membranes spinales de l'inflammation des méninges cérébrales pendant une de ces poussées congestives qui sont le propre de la méningo-encéphalite chronique diffuse. Dans les cas que j'ai déjà vus, la douleur rachidienne a toujours été constante, ce qui me paraît un signe certain de méningite spinale. Quant aux troubles ataxiques des quatre membres, ils sont en rapport avec une lésion scléreuse des cordons postérieurs, lésion qui, comme vous le savez, amène infailliblement un trouble dans la sensibilité et la conscience musculaires. Il est impossible, en effet, d'admettre que la démarche ataxique puisse être rapportée à une lésion autre qu'à une lésion de la moelle; tous les travaux entrepris sur ce sujet, ceux en particulier

de Westsphal, plus spécialement appliqués à la paralysie générale, et mes recherches personnelles établissent que la cause de ces troubles moteurs réside dans la destruction d'un certain nombre d'éléments nerveux dans les racines et les cordons postérieurs, et que la dégénérescence grise scléreuse de la moelle existe, quoique très-superficielle, chez les aliénés qui présentent cette démarche spéciale.

Les autres malades, en assez grand nombre déjà, sur lesquels j'ai observé ces accidents, ont tous été pris presque subitement, comme la femme dont je viens de vous parler; et il est à noter, que chez tous, ces phénomènes ont été le signal d'une aggravation de l'état morbide antérieur, comme si ces symptômes indiquaient la généralisation de la lésion; en effet, la démence se prononce davantage, l'hébétude survient, l'attention devient plus difficile à obtenir, la parole est plus ânonnée et plus tremblée. C'est ainsi qu'une de mes malades nommée Donavie est tombée dans un état bien plus grave dans les premiers jours de janvier, à la suite de phénomènes analogues. Je la trouvai, à la visite, en état de stupeur, la tête fortement inclinée sur l'épaule droite, les muscles du cou rigides; je m'assurai, en même temps, que la pression sur les apophyses épineuses des vertèbres cervicales et surtout de la première, était très-douloureuse, que l'application dans le même point d'un linge mouillé d'eau froide déterminait de l'oppression; à partir de ce moment, la malade est tombée dans l'obtusion et dans la démence la plus profonde; elle a commencé à gâter, et n'a pu continuer à faire de la charpie comme avant l'apparition de ces accidents; son état est aujourd'hui aussi grave que possible (1).

Ces phénomènes sont quelquefois le point de départ ou du moins le signe prodromique d'attaques épileptiformes ou même tétaniformes qui viennent aggraver l'état morbide si grave déjà. C'est ainsi, que peu de jours après les phénomènes méningo-spinaux, la nommée B... a été prise des phénomènes suivants : Perte subite de connaissance, mutisme, rotation de la tête et des yeux à droite, oscillations latérales des yeux (*nystagmus*), rigidité des muscles de la face surtout sensible au niveau de l'union du tégument cutané avec les muqueuses, mouvements de grattage avec la main droite. Cette attaque a duré plus d'une heure, et depuis, l'état mental et l'état physique ne sont pas revenus à celui où ils étaient antérieurement; l'intelligence a subi une atteinte grave dont elle ne se relèvera pas. C'est dans les mêmes conditions que, trois semaines après l'apparition des symptômes que nous étudions, la nommée Donavie a été prise d'attaques épileptiformes, dans lesquelles la tête était fortement inclinée à gauche et y revenait par secousses brusques, lorsqu'on la portait à droite; on constatait des gri-

(1) Elle est morte en juin 1869. L'autopsie a montré, au niveau des deuxième, troisième, quatrième, cinquième, sixième vertèbres cervicales, le long du sillon médian postérieur, des adhérences de feuillet viscéral de l'arachnoïde avec la dure-mère, qui étaient fortement organisées. Toute l'arachnoïde avait un aspect tomenteux. Aucune lésion à la face antérieure de la moelle.

maces de la face, de l'écume à la bouche, des mouvements convulsifs cloniques, d'abord dans les deux membres supérieurs ; puis, dans le gauche seulement, où existait de la contracture, ainsi que dans les membres inférieurs; la perte de connaissance, pendant tout ce temps, était absolue. Cette attaque dura, la première fois, cinq heures et sa disparition parut devoir être attribuée à une médication révulsive énergique.

Une autre malade qui m'a présenté ces mêmes phénomènes, la nommée R..., a été atteinte de symptômes qui peuvent donner lieu à des erreurs de diagnostic ou du moins dont le mode de production est méconnu, je veux parler de *douleurs sciatiques*.

Elle a accusé subitement une douleur suivant le trajet du nerf sciatique gauche ; douleur ayant son maximum au niveau de la grande échancrure sciatique et s'irradiant dans tout le membre, mais surtout dans la cuisse; il existait, en outre, une hyperesthésie considérable sur les apophyses épineuses des dernières dorsales; la pression et l'application d'un linge mouillé d'eau froide y provoquaient une douleur très-vive. Il faut remarquer que ces phénomènes avaient été précédés pendant quatre jours et étaient accompagnés de nausées et de vomissements ; chez cette malade, comme chez les autres, ces accidents ont été le point de départ d'une aggravation dans la maladie : obtusion intellectuelle, indifférence, mutisme ; mais le fait sur lequel je veux insister en ce moment, c'est que cette malade avait une *sciatique unilatérale* qui était liée à une altération des méninges spinales.

La bilatéralité de la sciatique doit bien autrement éveiller l'attention du médecin. Remak avait déjà observé ce fait sur des hommes qui, à la suite du *tabes cervicalis*, souffrent de névralgies excentriques dans les membres, que l'on confond souvent, dit-il, avec des douleurs rhumatismales ; mais il n'est pas besoin de *tabes cervicalis* pour les observer; il y a, en effet, des cas où ces douleurs font pour ainsi dire explosion chez des sujets indemnes jusqu'alors de toute affection, et sont trop souvent confondues avec des sciatiques ordinaires.

J'ai eu l'occasion dans ces derniers temps (1868), ayant été appelé en consultation au Havre, auprès d'un malade atteint de ce genre d'accidents, d'éclairer plusieurs honorables confrères de cette ville sur la cause originale de ces douleurs, sur leur valeur prognostique, et sur la thérapeutique à instituer; jusqu'à ce jour, les résultats obtenus ont dépassé notre attente. Voici, d'ailleurs, la relation de ce fait intéressant : le malade, âgé de 52 ans, menait une existence de travail continuel et poussé jusqu'aux dernières limites du possible. Sa profession, celle de courtier de commerce, l'exposait à des émotions constantes. Debout de très-bonne heure, il ne rentrait chez lui que le soir tard ; mais là même, les affaires le poursuivaient, et des dépêches télégraphiques incessantes, venaient l'empêcher de se reposer des fatigues de la journée et l'occupaient encore pendant ses repas et son sommeil.

Par suite de cette vie fiévreuse, ce monsieur se trouvait très-agité, depuis un certain temps; sa santé générale commença à décliner visiblement il y a deux ans; le teint pâlit, les digestions devinrent difficiles, la respiration fut quelquefois gênée, et le malade souvent oppressé; les membres supérieurs devinrent agités d'un tremblement presque continuel qui rendit difficiles l'écriture et la préhension d'un objet en vue, une cuiller par exemple. Son médecin l'envoya à Néris, deux ans de suite, sans qu'aucune amélioration fût obtenue; malgré cet état de maladie, il s'occupait encore de la direction de ses affaires, lorsque, dans l'automne dernier, il fut pris brusquement sans le moindre prodrome, de douleurs à formes névralgiques dans les deux membres inférieurs; ces douleurs suivaient le trajet des nerfs sciatiques, étaient excessivement vives, arrachaient des cris au malade et provoquaient une agitation incessante; consécutivement à ces douleurs, il se produisit des soubresauts dans les deux genoux; un peu de fièvre accompagna ces premiers accidents qu'aucun des traitements appliqués *loco dolenti* ne parvint à calmer. Le sommeil était devenu tout à fait nul, et l'agitation était extrême lorsque je fus appelé auprès du malade. Deux heures avant mon arrivée au Havre, ce monsieur fut pris de douleurs atroces siégeant aux régions cervicale inférieure et dorsale supérieure; douleurs qui durèrent dix minutes et s'accompagnèrent de délire, de divagation absolue, de perte à peu près complète de connaissance et de nausées; un quart d'heure après leur fin, nouvelle crise qui eut une durée plus longue, vingt minutes à peu près, et fut caractérisée par les mêmes symptômes.

A partir de ce moment, l'agitation, le délire s'accentuèrent davantage; il fallut plusieurs personnes pour maintenir le malade, qui continuait à accuser les mêmes douleurs s'irradiant dans les deux membres inférieurs. Lorsque je le vis, deux heures après l'apparition de ces nouveaux accidents, je le trouvai dans un grand état d'agitation, parlant à chaque instant de choses différentes, de ses affaires, d'événements passés; c'étaient des noms d'amis, de parents; la mémoire paraissait complétement dévoyée; malgré cela, la parole était nette et nullement tremblée. Le malade me parla avec insistance des douleurs qu'il ressentait dans les membres inférieurs et qui étaient surtout intenses au niveau des échancrures sciatiques, de la tête des péronés et le long des mollets; je trouvai, en même temps, au niveau des apophyses épineuses des sixième et septième vertèbres cervicales, première et deuxième dorsales, une douleur que la pression augmentait considérablement. La sensibilité aux pincements, aux piqûres était absente, troublée ou obtuse en plusieurs points des membres inférieurs; les mouvements des membres étaient libres, bien qu'offrant un peu d'incertitude; pas d'ataxie de la langue; enfin, je notai l'existence d'un état fébrile peu intense, mais réel.

Les trois honorables confrères du Havre qui étaient présents à la consultation se rendirent à l'opinion que j'émis et qui consistait à considérer le malade comme

menacé de paralysie générale et atteint de méningite spinale, dont les douleurs sciatiques antérieures étaient une manifestation insidieuse.

Le traitement que nous instituâmes consista en vésicatoires, en cautères sur la colonne vertébrale que le malade dut conserver un an ou deux au moins, et, en outre, dans l'abandon absolu de sa profession. Les choses se sont passées ainsi que nous pouvions l'espérer, et au bout d'un mois et demi, l'état était aussi satisfaisant que possible, les douleurs avaient cédé les premières, puis le délire, et en dernier lieu l'amnésie. (J'ai revu ce malade en juillet 1870; sa santé est dans l'état où elle se trouvait avant l'apparition des accidents; il n'existe plus de douleur vertébrale, plus d'irradiations névralgiques dans les membres, la sensibilté cutanée est bien nette, la parole normale ainsi que la mémoire; il n'a plus de tremblement des mains; il peut être considéré comme guéri, mais il continuera à porter son cautère avec d'autant plus de persévérance, que, cet exutoire s'étant séché pendant quelques jours, il y a de cela quinze mois, les douleurs avaient immédiatement reparu.)

Il m'a paru intéressant de vous citer ce fait, à cause des rapports immédiats qu'il présente avec les faits que je vous ai déjà rapportés dans cette conférence; la clef du diagnostic me paraît ici reposer sur l'existence de douleurs sciatiques bilatérales et même unilatérales unies à des douleurs rachidiennes, à du délire, à de la perte de mémoire, à des nausées et des vomissements.

Des observations analogues à celle que je viens de vous rappeler me semblent avoir dû être faites par Westphal, si j'en juge par ce passage tiré des annales de Griesinger :

« J'ai souvenir d'avoir observé, avant le complet développement de l'aliénation mentale, des douleurs déchirantes fulgurantes dans les extrémités inférieures, rarement dans les supérieures, et cela, chez des malades qui eurent plus tard la démarche ataxique ou paralytique. » Mais en France, les traités cliniques se taisent sur ces faits, qui sont plus fréquents qu'on ne pourrait le supposer de prime abord, et ont, en tous cas, une très-grande importance pronostique; en effet, nous pouvons tirer de cette étude cette conclusion, que cette variété de paralysie générale commençant par des phénomènes spinaux peut être conjurée, si au lieu de s'occuper exclusivement des symptômes périphériques, on attaque la cause première, c'est-à-dire l'affection des méninges spinales.

D'autre part, l'apparition de cette méningite spinale, dans le cas d'une paralysie générale confirmée, est un signe pronostique important, puisque, ainsi que le démontrent les observations que je vous ai citées, la maladie progresse très-rapidement, à partir de ce moment, vers une terminaison fatale.

Enfin, j'insisterai sur ce fait, que l'apparition de ces symptômes méningés m'a toujours paru s'accompagner de nausées et de vomissements qui ne sauraient s'ex-

pliquer autrement que par une action excitante élective sur les racines du pneumogastrique.

Les lésions qui correspondent à ces symptômes présentent le plus grand intérêt, comme siége et comme apparence extérieure. Il est à noter, en effet, que ces altérations occupent presque exclusivement les méninges qui révêtent la face postérieure de la moelle ; la raison de cette particularité qui se montre aussi du reste dans nombre d'autres affections de la moelle, dans la myélite scléreuse entre autres, n'est pas encore connue.

Il est certain, en tout cas, que ce n'est pas une question de décubitus dorsal, car plusieurs de mes malades ont été prises sans avoir été alitées; je croirais plutôt que ce processus est en rapport avec un excès d'excitabilité antérieure de la sensibilité, avec la suracuité des sensations chez quelques-uns de ces malades, et anatomiquement avec un état morbide primitif des cordons postérieurs.

Je vais vous montrer, à l'appui de cette hypothèse, une malade qui offrait, avant d'être prise de ces phénomènes méningés, un excès de sensibilité générale et un état d'hypéresthésie sensorielle qui se traduisait par des hallucinations.

Quelle que soit l'explication que l'on arrive à donner, ce fait d'observation est incontestable; et pour mon compte, je n'ai observé qu'une seule fois une lésion des méninges qui recouvrent la face antéro-latérale de la moelle.

Les *lésions méningées* se présentent sous plusieurs aspects :

A un premier degré, on trouve une vascularisation assez prononcée de la pie-mère et de l'arachnoïde qui recouvrent la face postérieure de l'axe médullaire, et l'on remarque des granulations miliaires transparentes dont la structure intime consiste en une enveloppe de tissu conjonctif très-fin, en des vaisseaux à parois épaissies et en un grand nombre de noyaux ovoïdes de tissu conjonctif en voie de prolifération.

Lorsque l'altération est plus avancée, les méninges sont notablement épaissies, l'arachnoïde a perdu sa transparence, offre de nombreuses plaques opalescentes, d'une épaisseur quelquefois notable, et se trouve dans certains cas complétement adhérente à la pie-mère ; l'espace sous-arachnoïdien a plus ou moins alors disparu au niveau de ces plaques et des racines postérieures à leur émergence des sillons collatéraux postérieurs; par suite de leur épaississement, les méninges forment une sorte de manchon qui englobe plus ou moins les racines ; la pie-mère elle-même est atteinte par ce travail inflammatoire; elle est très-épaissie, et par des coupes fines pratiquées après macération dans des liquides spéciaux, on s'assure que les tractus qu'elle envoie dans la moelle, sous forme de réticulum, sont plus volumineux, plus serrés qu'à l'état normal, et qu'une bande de cordons postérieurs touchant à la pie-mère ainsi altérée a subi une dégénération scléreuse qui quelquefois échappe

à l'examen, à l'état frais, mais qui, sur une moelle durcie et coupée en tranches fines, devient très-manifeste.

A la période la plus avancée, les lésions de l'arachnoïde viscérale sont formées soit par de petits amas mous de noyaux en prolifération, unis à une gangue finement granuleuse et à des corps de Gluge ; d'autres fois, l'altération ayant été disséminée par places, a amené la fixation de petits corps blanchâtres étoilés, dentelés sur les bords, de consistance et d'apparence fibro-cartilagineuse, lisses sur leur face pariétale et qui regarde la cavité de l'arachnoïde, rugueux sur leur face viscérale. Quelques-uns de ces corps, de date ancienne, résistent au scalpel lorsqu'on tente de les couper et contiennent des incrustations calcaires. Avant l'infiltration calcaire, ou lorsque l'altération est très-étendue, on y trouve à l'examen microscopique, de nombreuses couches de tissu conjonctif d'âge différent et un état fibrillaire très-marqué; lorsqu'au contraire l'infiltration calcaire a eu le temps de se produire, ce qui est une terminaison rare, on y voit quelquefois des corpuscules ressemblant à des ostéoplastes bien caractérisés; c'est ce que vous pourrez voir sur une préparation microscopique due à M. Coyne, mon interne. Vous constatez, en effet, une bande de tissu conjonctif fibrillaire et en deux points, une vingtaine de corps étoilés ayant des prolongements très-fins, multiples, s'anastomosant entre eux. Ces corps, qui paraissent noirs dans la préparation, ressemblent aux ostéoplastes et pour ceux qui ont vu des préparations d'os véritable, le doute au sujet de leur identité n'est guère permis.

Le nombre de ces fibromes arachnoïdiens est quelquefois considérable; et voici une moelle sur la face postérieure de laquelle vous pourrez en voir plus de cinquante de dimensions différentes, comme vous le voyez par leur nature et par leur aspect; ces plaques sont analogues à celles que l'on rencontre dans la plèvre et dans le péritoine, consécutivement aux inflammations lentes de ces séreuses.

Le traitement de cette complication de la paralysie générale, ou pour mieux dire, de cette extension presque constante mais à des degrés différents de l'inflammation des méninges cérébrales aux méninges rachidiennes, consiste en des dérivatifs puissants et prolongés, et pour mon compte personnel, je n'hésite pas à employer des cautères répétés et entretenus avec soin au niveau des points douloureux du rachis. Instituée au début des accidents, et surtout dans le commencement d'une paralysie générale primitivement spinale, cette thérapeutique donne les meilleurs résultats.



V

Lésions de la cellule cérébrale dans la folie simple, trois degrés: Altérations des capillaires cérébraux; Localisation primitive des lésions dans les circonvolutions pariétales; Concordance de ces altérations avec les résultats thermométriques obtenus par Schiff.

Messieurs, je commence cette nouvelle série de leçons avec la conviction de plus en plus grande que la folie est surtout une maladie somatique. J'ai fait, depuis 1870, un certain nombre d'autopsies qui ont été démonstratives sur ce point, et j'ai remarqué de plus en plus qu'un traitement purement moral est complétement insuffisant à améliorer et à guérir la folie. Je rechercherai avec vous, dans cette première leçon, quelles sont les altérations qui se produisent dans l'intimité de la substance cérébrale, et j'espère ainsi vous faire entrevoir de nouveaux horizons pour la thérapeutique de l'aliénation mentale.

Déjà, en 1868, je vous avais signalé quelques lésions de la trame cérébrale, et j'avais insisté sur des altérations congestives consistant en apoplexies, en épanchements d'hématosine et d'hématine dans les gaînes lymphatiques, et sur des dilatations des capillaires et de la nécrose des vaisseaux; des infarctus, de l'athérome; sur la diminution de la quantité du phosphore, et j'avais fait passer sous vos yeux des préparations microscopiques qui vous ont montré des lésions vasculaires encore inconnues des auteurs modernes (1).

L'état athéromateux, les amas d'hématine et d'hématosine sont les lésions les plus fréquentes.

L'état athéromateux ne se voit, le plus ordinairement, qu'au microscope; cependant il y a des aliénés chez lesquels la lésion vasculaire est généralisée à tout l'arbre artériel et se voit à l'œil nu. L'état athéromateux est surtout abondant aux bifurcations; il occupe rarement toute l'étendue d'un capillaire; cependant certains capillaires sont altérés dans toute leur longueur; les dépôts athéromateux obstruent plus ou moins le canal vasculaire et débordent d'une façon variable la paroi. (Pl. II, fig. 1, 2, et pl. III, fig. 2, 3.)

(1) Voir mes leçons dans l'*Union médicale*, 1869 et 1872, et, page 54 de ce volume, les *Annales médico-psychologiques* de mars 1870, et ma communication au Congrès de Bordeaux (1872).

Les lésions athéromateuses sont la cause du troisième genre de lésions, à savoir, des dilatations ampullaires; on voit très-nettement, sur certains vaisseaux, toute la série des modifications de forme et d'altérations que subit le capillaire pour céder sur un point, et présenter la dilatation en ampoule.

Cette dilatation ampullaire est elle-même suivie du quatrième genre de lésions, de la disposition anévrysmale que j'ai rencontrée dans plusieurs cas. (Pl. III, fig. 1.)

Le cinquième genre de lésions vasculaires que j'ai rencontrées consiste en obstructions par une matière granuleuse, pigmentaire, qui cache entièrement la lumière du vaisseau, qui lui fait une sorte de manchon, le déborde et se répand dans la substance environnante. (Pl. I, fig. 4.)

Le sixième genre est caractérisé par des infarctus. (Voir fig., p. 23.)

Le septième et le huitième genre, que je n'ai observés que chez des individus aliénés depuis vingt-six ans et plus, sont les conséquences des obstructions vasculaires.

Les vaisseaux, ne recevant plus de sang, meurent nécessairement et arrivent à se fragmenter. On voit alors sous le microscope des morceaux de vaisseaux d'un brun noirâtre, d'autres de couleur fumée très-légère, sans lien les uns avec les autres, dont le contour est irrégulier, et dont les extrémités sont déchiquetées. Ces fragments sont peu transparents; mais le peu de transparence n'empêche pas de voir dans les parois de très-petits points noirs. (Pl. I, fig. 5.)

Je n'ai pas encore fait une autopsie d'aliéné atteint de folie simple sans rencontrer une des lésions que je viens d'énumérer, du moment que la maladie datait de deux mois.

Quant aux aliénés atteints de folie simple, qui succombent en un petit nombre de jours à la manie aiguë, la substance corticale cérébrale présente, chez eux, une hypérémie intense et une injection très-marquée des capillaires les plus fins.

Je me propose aujourd'hui de vous dire les caractères intimes des lésions cérébrales et de vous exposer les altérations de la cellule cérébrale elle-même dans la folie simple, lorsque sa durée dépasse deux mois.

Quelques considérations préliminaires sur l'anatomie normale de la cellule cérébrale vous feront mieux saisir les lésions. La cellule, vous le savez, est un corps fusiforme, piriforme ou arrondi, formé d'une matière granuleuse, un peu jaunâtre, renfermant un noyau et un nucléole, pourvu de prolongements au nombre maximum de six, dont un, plus gros, renferme le *cylinder axis.*

D'après mes observations, les lésions de cette cellule comportent trois degrés.

Dans le premier, le protoplasma a subi une dégénérescence graisseuse et pigmentaire. Le noyau et le nucléole sont intacts; la lésion n'occupe, dans le principe, que le fond de la cellule. (Pl. I, fig. 2.)

Dans ce degré, les prolongements, le *cylinder,* ne présentent aucune modification apparente.

Dans le second degré, le protoplasma subit un commencement de travail de résorption; le pourtour du corpuscule ganglionnaire se flétrit et se ratatine par places, et ce pourtour se rapproche tellement du noyau que celui-ci arrive à constituer une partie du bord de la cellule. A ce moment, une portion du protoplasma a entièrement disparu. En même temps, le corpuscule ganglionnaire devient de plus en plus opaque, granuleux, pigmenté, et irrégulier sur ses bords; le noyau et le nucléole sont de moins en moins visibles au milieu de cet amas brunâtre; puis le prolongement *cylinder* s'atrophie, devient filiforme. Les autres prolongements présentent la même altération atrophique, et deviennent d'une friabilité telle qu'ils se brisent avec la plus grande facilité (1).

Dans un troisième degré, enfin, le protoplasma ayant à peu près disparu, le contour du noyau paraît être celui de la cellule; le corpuscule ganglionnaire prend une forme tout à fait irrégulière, anguleuse et une couleur rouille (2). Les prolongements secondaires ont disparu, et le prolongement *cylinder* s'est séparé de la cellule; il ne reste de lui qu'un petit bout recroquevillé très-mince, effilé, ou bien même il n'en reste aucune trace. Dans ce cas, le corpuscule apparaît comme un corps isolé, perdu dans la trame cérébrale, de forme anguleuse ou arrondie, parfois triangulaire, souvent luisant, de teinte rouille ou grisâtre (3) formé de granulations pigmentaires et graisseuses, et présentant encore le plus fréquemment dans son centre les restes du noyau.

Pendant longtemps, j'avais pris les corpuscules altérés pour des corpuscules de Gluge; mais les essais que j'ai faits avec les réactifs appropriés, et les occasions que j'ai eues de trouver sous le champ du microscope quelques-uns de ces corps pourvus encore d'un petit bout de prolongement *cylinder*, m'ont permis de distinguer définitivement leur nature et leur origine.

Ainsi, Messieurs, les cellules cérébrales sont, chez les aliénés, manifestement altérées. Ces lésions sont de nature nécrobiotique et indiquent que le fonctionnement de ces éléments subit de graves atteintes dans cette maladie. Comment, en effet, Messieurs, en peut-il être autrement avec les altérations de la trame cérébrale que je vous ai exposées dans le commencement de cette leçon : épanchements de sang, lésions des vaisseaux, obstacles au cours régulier du sang dans les capillaires.

Je ne sais si je m'abuse, mais vous devez saisir facilement les rapports pathogé-

(1) Pl. I, fig. 6, pl. II, fig. 1, *f,* et pl. III, fig. 5, *b,* et fig. 6, *b.*
(2) Pl. III, fig. 3, *a,* et fig. 6, *c.*
(3) Pl. III, fig. 3, *a.*

niques qui existent entre ces deux ordres d'altérations, c'est-à-dire pour mieux préciser, entre des lésions qui troublent ou empêchent l'abord du sang aux cellules cérébrales, et l'atrophie, la nécrose de ces cellules.

Je n'ai pas rencontré, jusqu'à présent, cet ordre de lésions chez les aliénés atteints de folie simple, morts en état de manie aiguë de courte durée. Les cellules m'ont toujours paru saines au milieu même des réseaux de capillaires considérablement injectés de sang.

Dans les départements du cerveau où existent ces lésions arrivées au degré le plus avancé, les tubes nerveux sont aussi altérés; ils présentent des varicosités, de l'atrophie telle, qu'à des grossissements de 500 diamètres, quelques-uns sont filiformes.

Voici quelques observations de folie simple où les lésions étaient évidentes. J'y joins les dessins qui ont déjà paru dans le compte rendu du Congrès de Bordeaux (1872) :

Obs. I. — *Folie lypémaniaque de cause morale. — Lésions vasculaires. — Anévrysmes miliaires. — Dilatations ampullaires.*

Dech..., 50 ans. Pas d'antécédents héréditaires. Bonne santé jusqu'à il y a trois ans, où elle a perdu une forte somme d'argent. Quelques heures après, perte de connaissance, vomissements, puis suppression de la faculté de parler pendant deux heures et hébétude pendant quinze jours. A partir de cette époque, elle n'a jamais parlé raisonnablement, puis elle a fait des actes extravagants; elle a mis le feu chez elle, a jeté des chaises par les fenêtres, etc.

Elle se présenta à moi avec les apparences de la lypémanie, parlant tout bas, me disant qu'elle était malheureuse.

Elle est morte, au bout de dix-huit jours, de cachexie produite par de la dysphagie qu'a amenée un énorme goître. Aucun phénomène d'asphyxie.

Autopsie. — Pas d'altérations appréciables des artères de la base.

Un certain nombre de coupes du *cerveau* mettent à découvert : 1° des lacunes plus ou moins étendues qui se creusent sous le filet d'eau; 2° de petits foyers de ramollissement blanc, et même un dans lequel logerait une noix. On trouve plusieurs anévrismes miliaires à la surface des circonvolutions et même dans l'épaisseur du cerveau. Pas d'adhérences des méninges avec la substance corticale.

On voit, à l'état frais, dans un certain nombre de parties du cerveau des lésions athéromateuses, des épaississements, des dilatations ampullaires des capillaires, et des altérations des cellules aux trois degrés.

L'examen des parties durcies par l'acide chromique et traitées par le carmin, permet d'affirmer qu'il n'existe pas de prolifération du tissu conjonctif.

Pas d'altérations d'autres parties du système artériel; poumons, cœur, foie, normaux (Pl. III, fig. 1, 2, 3, 4, 5)

Obs. II. — *Folie simple caractérisée par des hallucinations, de l'agitation maniaque, et, finalement, par de l'incohérence et de la démence.*

At..., 39 ans. Pas d'antécédents héréditaires. Antécédents morbides : Deux affections aiguës du jeune âge, accompagnées de délire.

A 22 ans, peu après son mariage avec un homme brutal, qui la battait, extravagances, chants à tort et à travers. Ces phénomènes ont continué depuis.

A 30 ans, aliénation caractérisée par des hallucinations de l'ouïe, agitation maniaque. Placée dans un établissement d'aliénées; l'agitation, les hallucinations, l'incohérence prédominèrent. Les mouvements étaient brusques et impétueux. La parole était très-rapide et nette. Les pupilles égales, contractiles. Jamais de fièvre.

La mort survint subitement à l'âge de 32 ans, à la suite de la prise, par erreur, d'une dose d'un médicament toxique.

Autopsie. — Les méninges cérébrales étaient presque entièrement saines, sauf qu'il existait sur l'arachnoïde viscérale une dizaine de taches blanchâtres. Aucune adhérence avec la substance corticale.

Le cerveau pesait 1,040 grammes; avec le bulbe, la protubérance et le cervelet, 1,170.

La substance grise de la première circonvolution pariétale gauche présentait, en plusieurs points, une teinte blanchâtre et la confusion des zones. A l'œil nu, rien de particulier dans les circonvolutions frontales. La moitié postérieure de la couche optique droite offrait un piqueté vasculaire très-notable et des pertuis de vaisseaux trois à quatre fois plus larges que normalement.

La face postérieure du quatrième ventricule avait une teinte grisâtre qui masquait la plupart des fibres du nerf auditif; elle était parcourue par des houppes vasculaires et présentait, à l'endroit du bec et de chaque côté de la ligne médiane, deux plaques grisâtres symétriques, longues de 6 millimètres, larges de 2 au maximum, et dans lesquelles se perdaient un certain nombre de fibres du nerf auditif. Une coupe d'avant en arrière, pratiquée au niveau de ces plaques, montrait que la lésion se prolongeait à 2 millimètres 1/2 de profondeur, et que, vu par transparence, le tissu y avait une couleur nettement gommeuse.

Rien de particulier dans la protubérance. On ne voit pas d'artères athéromateuses.

Le cœur, les poumons étaient sains.

La moelle était notablement plus petite que normalement.

Examen microscopique :

1° A l'état frais : A. Substance grise de la première frontale gauche. Les parois de plusieurs vaisseaux étaient granulo-graisseuses par places. Corpuscules ganglionnaires sains. — B. Substance grise de la première pariétale gauche. Altérations granulo-graisseuses dans plusieurs vaisseaux, surtout aux bifurcations. A côté de cellules saines, il en était d'altérées au troisième degré, dont on voyait encore le noyau. — C. Substance grise de circonvolutions occipitales. Mêmes lésions. Quelques cellules altérées au troisième degré apparaissaient dans la préparation comme des taches brunâtres.

2° Après séjour de onze jours dans solution d'acide chromique au millième : A. *Portion* de

substance blanche du lobe occipital gauche, sous-jacente (2 centimètres) à la substance grise altérée. Plusieurs tubes présentaient dans leur intérieur des amas granulo-graisseux jaunâtres, qui paraissaient remplir complétement la gaîne et empêchaient de distinguer le cylindre d'axe. Les tubes n'étaient pas variqueux. On ne voyait rien de semblable dans d'autres points voisins de ceux où la substance grise n'était pas altérée.

3° Après macération pendant un mois dans une solution d'acide chromique à 4/1000, puis dans l'alcool ordinaire pendant vingt-quatre heures, dans le carmin pendant cinq minutes, dans l'alcool absolu pendant quatre heures, dans la térébenthine pendant dix minutes : A. Une portion de substance blanche d'une circonvolution occipitale présentait en deux points des espaces limités par des faisceaux de fibres, mais qui en sont complétement dépourvus, et où l'on ne voyait que de la matière amorphe. — B. Aucune partie du cerveau ne présentait trace de prolifération de tissu conjonctif et par conséquent de sclérose. — C. Portion de face postérieure du quatrième ventricule où est l'état grisâtre. Les parois de plusieurs vaisseaux offraient des amas granuleux par places ; elles étaient notablement épaissies ; elles présentaient un assez grand nombre de noyaux fusiformes, et le tissu intermédiaire en renfermait une certaine quantité. L'altération n'était pas aussi intense qu'on aurait pu le croire à l'œil nu. (Pl. XII, fig. 1, 2.)

Obs. III. — *Folie lypémaniaque par athérôme artériel et consécutivement par nécrose des éléments cérébraux. — Altérations artérielles générales. — Affection causée par une submersion accidentelle dans l'eau.*

Femme Hav..., 32 ans. Pas d'hérédité. Jamais de maladie aiguë, fébrile ; maladie datant de deux ans.

Il y a deux ans, suppression définitive des règles, par suite de submersion accidentelle dans la Seine. Au bout de trois mois, sa famille remarqua successivement des modifications du caractère, de la tristesse, puis de l'absence de régularité dans le travail, des défauts de raisonnement, des actes déraisonables, du chiffonnage, l'absence de tenue, la mise à l'envers de ses vêtements. Quatorze mois plus tard, il survint des attaques convulsives qui aggravèrent l'état mental.

Conduite à la Salpêtrière, elle fut traitée par des ventouses sèches aux jambes et par des bains. L'état de stupeur constaté au moment de l'entrée persista d'une façon à peu près continue et fut à peine interrompu par de l'agitation passagère. La mort survint au bout de six mois, par suite du refus de manger, et de l'inanition, et de la cachexie qui en résulta, malgré l'emploi de la sonde œsophagienne. Jamais la parole ne fut embarrassée. Pas d'inégalité pupillaire, ni de tremblement de la langue et des lèvres.

Les lésions cérébrales méningées constatées à l'œil nu consistaient en quelques plaques opaques des méninges supérieures, en état athéromateux et calcaire d'un grand nombre d'artères et d'artérioles cérébrales et méningées, en épaississements partiels des méninges inférieures, en pâleur de la substance corticale, et en confusion des zones des circonvolutions frontales supérieures, en anévrysmes miliaires dans plusieurs circonvolutions supérieures frontales, pariétales et occipitales, en plusieurs petits foyers de ramollissement dans la première frontale gauche, dans les corps striés et dans le cervelet. Aucune adhérence des méninges

avec la substance corticale. Du côté des autres organes, il existait des induratious calcaires dans les valvules sygmoïdes du cœur, et de l'hypertrophie considérable de ses parois.

L'examen histologique du cerveau m'a montré que là où la substance corticale apparaissait pâle à l'œil nu, les vaisseaux capillaires étaient atteints d'une altération granulo-graisseuse avancée, que dans un grand nombre de cellules, le protoplasma présentait la dégénérescence pigmentaire et graisseuse, que le cylinder axis était en voie d'atrophie, que les prolongements secondaires manquaient sur beaucoup de cellules, et que dans les parties où on trouvait au maximum ces lésions, les canaux vasculaires étaient à peu près oblitérés par des amas granulo-graisseux que l'acide acétique dissolvait. Pas la moindre hyperplasie du tissu conjonctif; pas de noyaux dans les vaisseaux.

En résumé, folie consécutive à aménorrhée subite causée par submersion involontaire dans l'eau. Maladie progressive mentale. Mort au bout de deux ans et demi. Altérations du système artériel central et periphérique. Lésions nécrosiques et gangréneuses. (Pl. XI, fig. 1, 2.)

OBS. IV. — *Folie sensorielle et démence finale.*

Vio... L..., 73 ans. La folie datait de longue date. Il y eut d'abord des hallucinations de l'ouïe, puis des idées de persécution, et enfin de l'incohérence.

La malade est morte de pneumonie.

Autopsie. — Altérations calcaires des artères.

Taches vert-de-gris, en nombre de 30 à 40, à la surface des circonvolutions supérieures frontales et pariétales seules.

Couche optique droite : une coupe antéro-postérieure y faisait découvrir une lacune qui pouvait loger une lentille. État blanc crémeux de la face postérieure du quatrième ventricule, couvrant les racines des nerfs auditifs.

Examen microscopique d'une tache vert-de-gris. Vaisseaux fragmentés. Amas de pigment dans les vaisseaux, qui en sont obstrués. Infarctus pigmentés correspondant à ces obstructions. (Pl. XI, fig. 3, 4, 5, 6.)

OBS. V. — *Folie lypémaniaque caractérisée par des hallucinations, des idées de persécution, puis par de la démence.*

Femme L..., 76 ans. Aliénée depuis trente ans.

L'aliénation mentale a été d'abord caractérisée par des hallucinations, des idées de persécution, et depuis dix ans par de l'incohérence et par de la démence.

La surface convexe du cerveau présentait près de 40 taches, les unes d'une teinte vert-de-gris, les autres brunâtres, arrondies ou allongées, d'un diamètre maximum de 2 millimètres, sans adhérence avec les méninges, à surface unie.

L'examen microscopique à l'état frais m'a montré :

1° Un certain nombre de fragments de vaisseaux irrégulièrement disposés, d'une teinte jaune sale, à parois presque opaques, renfermant un grand nombre de petits amas pigmentaires, sans aucune trace de globules.

2° Dans la gaîne lymphatique des vaisseaux, des amas de granulations graisseuses, et dans d'autres des amas de pigment très-épais.

3° Quelques cellules cérébrales atrophiées, à contour très-irrégulier, remplies d'une matière pigmentaire et graisseuse qui masquait le noyau et le nucléole, dont les prolongements secondaires étaient pour la plupart brisés, et dont les prolongements cylinder axis étaient atrophiés ou rompus.

J'ai observé un sixième fait analogue au précédent, au point vue de la démence et des taches cérébrales.

Dans un septième cas (pl. III, fig. 4, *a*, *b*), la folie était systématisée, avait été primitivement lypémaniaque, et datait de vingt-huit ans.

Le huitième fait (pl. III, fig. 6) est relatif à une femme de 30 ans dont l'intelligence était restée arriérée à la suite d'une fièvre typhoïde survenue à l'age de 7 ans, et dont la folie lypémaniaque datait de cinq ans.

Il est un dernier point d'un grand intérêt et d'une importance majeure que j'ai à vous exposer. Les altérations des cellules cérébrales ne s'observent pas d'une façon égale dans les diverses parties du cerveau; je vous ai déjà montré et je vous ferai voir une localisation évidente de ces lésions suivant telle ou telle forme de folie, suivant que le délire est partiel ou général, suivant que le malade a ou n'a pas conscience de son état, et qu'il est ou qu'il n'est pas en démence.

Dans le délire partiel d'origine sensorielle, qui a pris naissance dans des hallucinations; dans la folie sympathique partielle, les lésions occupent les couches optiques et les circonvolutions pariétales, surtout la première, dans sa partie supérieure (lobule paracentral), tandis que les circonvolutions frontales sont saines.

Lorsque, au contraire, de partiel, le délire est devenu général, qu'il s'est compliqué d'incohérence, de démence, les altérations occupent toutes les circonvolutions.

La perte absolue de conscience de l'état de folie, la croyance la plus complète aux conceptions délirantes sont, pour moi, maintenant des signes de la propagation des lésions aux circonvolutions frontales.

L'autopsie que j'ai faite d'une femme que j'ai soumise à votre examen l'année dernière m'a fourni, au sujet de ces localisations, les données les plus intéressantes.

Cette malade, âgée de 32 ans, était atteinte de folie mélancolique partielle d'origine hallucinatoire qui durait depuis deux ans. Prise dans le service, d'une fièvre typhoïde, elle a cessé pendant la maladie fébrile d'éprouver autant d'hallucinations; elle appréciait sa situation, nous donnait sur son état de mélancolie stupide antérieur des renseignements très-circonstanciés et ne présentait qu'un peu de délire partiel. Elle a succombé quelque temps après, n'ayant présenté rien de nouveau; j'ai constaté, à l'autopsie, des lésions dans les circonvolutions pariétales seules et un

état sain des frontales. Voici plusieurs préparations recueillies sur elle qui montrent des lésions des cellules, des altérations vasculaires, et d'anciens épanchements globulaires dans les circonvolutions pariétales; voyez, au contraire, des préparations recueillies sur les circonvolutions frontales, l'état est entièrement sain.

J'ai observé quelques cas semblables qui me semblent prouver que, dans la folie d'origine sensorielle, hallucinatoire et sympathique, les lésions primitives et les premiers troubles fonctionnels se manifestent dans les circonvolutions pariétales.

Il existe, du reste, une concordance singulièrement heureuse entre mes études anatomo-pathologiques et des faits nouveaux, et encore peu connus, signalés récemment par un observateur et un expérimentateur dont la valeur scientifique ne peut être contestée, M. Schiff. Il s'agit de la question traitée par lui sous le nom d'échauffement du système nerveux (1). Voici les résultats les plus saillants :

Y a-t-il une modification dans la température des centres nerveux à la suite d'une excitation sensitive des extrémités ou du tronc par le seul fait de sa transmission et indépendamment de toute modification circulatoire? Si on excite, dit Schiff, légèrement l'animal en expérience par le toucher, en exerçant une impression douce sur un point quelconque du cerveau, cette irritation augmente d'une manière évidente sa température, et accuse la différence entre deux points du cerveau, tous les deux en rapport avec la pile thermo-électrique. Ce qui prouve, au reste, qu'on ne saurait attribuer cet échauffement, soit à la circulation, soit à toute autre cause, c'est que si, coupant la moelle conductrice de l'impression, vous isolez par cette section même le cerveau, vous n'y voyez plus d'augmentation de température. Or, je vous ferai remarquer que, dans ces expériences, cet augment calorifique se produit dans les parties moyennes du cerveau. L'excitation des nerfs spéciaux de l'ouïe, de l'olfaction, de la vue, exagère toujours le calorique dans les circonvolutions pariétales surtout.

Ces expériences intéressantes nous font bien comprendre, Messieurs, quel rapport étroit il y a entre le trouble cérébral et les modifications anatomiques consécutives, d'une part, et les excitations sensitives ou sensorielles plus ou moins éloignées telles qu'on en observe dans la folie sympathique, dans les cas d'hallucinations sensorielles, et de la sensibilité générale.

Que se passe-t-il, en effet, Messieurs, si vous voulez analyser les phénomènes? Il se produit une excitation anormale des vaisseaux et des cellules du centre cérébral. Il se fait un appel fluxionnaire qui, s'il persiste, ne tarde pas à produire des troubles nutritifs. De ces troubles nutritifs naît l'altération consécutive, et, par suite, le fonctionnement anormal des cellules cérébrales, le désordre, c'est-à-dire la folie. Rappelez-vous cette pensée que j'emprunte à Andral : « Les lésions de l'innervation

(1) Schiff. *Archives de physiologie,* 1869.

cérébrale conduisent infailliblement et toujours à des lésions somatiques. » Aussi, je ne saurais trop insister sur la nécessité de calmer la douleur cérébrale, et c'est le traitement morphinique qui est le plus efficace pour empêcher la fluxion cérébrale, l'échauffement et les lésions consécutives à la névrose.

Est-ce que ce rapport entre la douleur cérébrale et la folie n'est pas d'ailleurs démontré par ce fait que la cessation des souffrances éloignées même suffit pour faire disparaître la folie d'origine sympathique? Oui, certes, et je vous en donnerai de nombreux exemples. Ainsi, j'ai observé plusieurs fois déjà des malades atteintes de cataractes qui avaient provoqué des excitations sur le nerf optique, lesquelles s'étaient traduites par des illusions et des hallucinations. Ces excitations répétées reproduisirent ces mêmes phénomènes et entraînèrent la folie. Eh bien! il a suffi parfois d'une opération sur ces cataractées pour faire disparaître la folie en même temps que sa cause.

En résumé, Messieurs, la physiologie et l'anatomo-pathologie se trouvent d'accord pour expliquer la localisation primitive des lésions dans les circonvolutions pariétales, chez les aliénés atteints de folie sympathique, d'hallucinations sensorielles et d'hallucinations de la sensibilité générale, et mes observations m'autorisent à vous dire que la propagation de ces altérations dans les circonvolutions antérieures et postérieures amène l'incohérence et la démence chez des malades qui ne présentaient auparavant que de la folie partielle.

VI

De la folie par sthénie des vaisseaux cérébraux et avec spasmes des organes de la vie végétative et de la vie animale.

Messieurs,

L'insistance que j'ai toujours mise à vous recommander l'étude du diagnostic anatomique de la folie, s'applique en particulier à cette variété de folie dont la nature est comparable à la sthénie de Brown et au spasme essentiel décrit par Trousseau. Les malades qui en sont atteints présentent des symptômes que l'examen psychique seul est impropre à faire reconnaître, et pour lesquels il est nécessaire de faire intervenir les procédés applicables au diagnostic des maladies somatiques.

En premier lieu, la physionomie présente, dans son ensemble ou dans quelques-unes de ses parties, des signes caractéristiques qui sont plus ou moins accentués : pâleur du teint, qui est jaunâtre et même jaune citron; état crispé du front, du nez, des lèvres; rides horizontales et antéro-postérieures quelquefois très-profondes; paupières plissées; nez pincé, surtout à la base; la peau du nez et des joues pour ainsi dire ratatinée; les sillons naso-labiaux très-fortement accusés, la peau du menton plissée, la face quelquefois très-maigre. Tous ces phénomènes donnent à la physionomie une apparence maigre, désagréable et rechignée, pour ainsi dire (1).

La maigreur est quelquefois très-considérable dans le tronc, dans les membres; la peau a partout une teinte pâle ou terreuse; le ventre est profondément excavé.

L'aménorrhée, la constipation sont constantes chez ces malades, et l'anurie par spasme du col vésical fréquente.

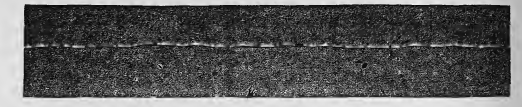
Les sécrétions (cutanée, urinaire) sont considérablement diminuées; la peau est souvent d'une sécheresse absolue; ceux de ces malades qui sont atteints de tubercules pulmonaires ramollis ne crachent jamais. La muqueuse nasale est sèche. La sensibilité générale est obtuse. La température axillaire dépasse rarement 37°, et oscille ordinairement entre 36 et 37°.

Le pouls présente des caractères de la plus haute importance : il est petit, très-tendu, et les tracés sphygmographiques démontrent parfaitement cet excès de ten-

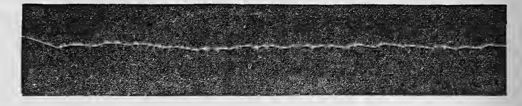
(1) Voir les photographies à la fin du volume.

sion. Sur quelques-uns, les courbes sont à peine appréciables, et le tracé forme presque une ligne droite.

Femme Lib..., 36 ans. — Est en état de mélancolie avec stupeur.



Femme Bou..., 42 ans. — Est en état de mélancolie.



L'état du cœur est souvent en opposition avec celui des artères radiales; on y constate une impulsion énergique, des bruits forts et éclatants, sans qu'il y ait de l'augmentation dans ses diamètres normaux. Ce contraste entre la petitesse du pouls et l'impulsion cardiaque me paraît s'expliquer par la force que doit employer le cœur pour résister à son état de plénitude qui résulte du rétrécissement spasmodique des vaisseaux périphériques et pour lancer le sang dans ces tuyaux vasculaires contractés.

Quelle peut être l'influence de cet état de sthénie sur la production de la folie? Dans ma pensée, le résultat anatomique est de l'anémie des centres nerveux et, par suite, un état dyscrasique du système nerveux de la vie de relation qui se manifeste dans les cellules et dans les fibres nerveuses cérébrales, médullaires et périphériques, et du système nerveux ganglionnaire. Aussi, en même temps que le fonctionnement cérébral est atteint, observe-t-on des troubles dans les poumons, l'estomac, l'intestin, les reins, les ovaires, l'utérus, la vessie, les glandes et les papilles nerveuses de la peau.

Les formes de folie qui se rattachent à cet état anatomique sont principalement les formes de folie lypémaniaque, avec stupeur ou non, dans lesquelles les malades se refusent à manger ou mangent incomplétement, et tombent rapidement, si un traitement curatif n'est pas employé à temps, dans un état de cachexie et de déliquium d'autant plus incurable que le sang s'altère. J'ai observé, en effet, plusieurs fois, dans le sang de ces malades, certains caractères du sang des leucocythémiques, sans cependant qu'il y ait multiplication de globules blancs. C'est ainsi que, par les points du doigt piqué, on voit sortir d'abord un liquide aqueux, et qu'une goutte de sang mise sous le champ du microscope présente non pas une nappe uniforme,

mais une série d'îlots parfaitement isolés. Les malades meurent alors avec des eschares.

Si le précepte : *Naturam morborum ostendunt curationes* est vrai, il confirme singulièrement l'opinion que j'ai sur cette variété de folie. En effet, les malades que j'ai guéris par le chlorhydrate de morphine ont tous présenté, avant de s'améliorer et de guérir, des signes physiques qui indiquent la cessation de la sthénie. C'est ainsi que les individus traités présentent, dans l'ordre d'apparition, les phénomènes suivants :

Rougeur de la face, des conjonctives, sensation de la chaleur générale, diminution continue de la tension artérielle, amélioration de la physionomie, qui s'embellit.

La teinte jaunâtre commence à disparaître de bas en haut; et alors on voit le bas de la face s'éclaircir, le regard devenir franc et vif.

La rougeur de la face et la sensation de chaleur générale sont le résultat de la diminution dans la tension vasculaire; la diminution de la tension artérielle indique que l'état sthénique est diminué, et que les fonctions végétatives vont se rétablir. Et, comme conséquence, on voit le corps augmenter de poids, les règles réapparaître.

L'influence de la sthénie sur la production des troubles mentaux et physiques que je viens d'exprimer me paraît encore corroborée par un fait d'observation que tout médecin a pu constater sur les aliénés atteints de folie simple; à savoir : que le délire diminue et même cesse pendant les maladies fébriles

Des aliénés pris de fièvre symptomatique, d'une angine, d'une pleurésie, d'une pneumonie, et qui s'étaient refusés jusque-là à parler ou à répondre, ont adressé à d'autres confrères, comme à moi, des paroles raisonnables et fourni des renseignements exacts sur leurs antécédents, sur leurs conceptions délirantes, et sur leurs hallucinations. La fièvre avait déterminé dans le cerveau de ces aliénés une paralysie vaso-motrice, sous l'influence de laquelle l'état sthénique des vaisseaux cérébraux avait diminué ou cessé temporairement.

Le pronostic de cette variété anatomique de folie est ordinairement favorable, à moins que la durée de l'état sthénique et de l'anémie qu'il amène n'ait nui d'une manière définitive à la constitution organique des vaisseaux cérébraux et des éléments nerveux, et n'ait amené enfin cette altération du sang que l'on rencontre dans la leucocythémie, et qui consiste dans le fait de la séparation du sang en îlots, lorsqu'on l'examine, à l'état frais, sous le champ du microscope.

Quant au traitement curatif, il consiste dans l'emploi de la morphine en injections sous-cutanées ou prise par la bouche, de bains, de l'électricité à courant constant. Ces trois médications ont chacune pour effet de lutter contre l'état spasmodique. Le curare m'a été utile, dans certains cas, comme médicament paralysant les extrémités nerveuses.

VII

Folie sensorielle.

Messieurs, la folie sensorielle est celle qui est consécutive à l'hyperesthésie ou à l'irritation des sens. Vous verrez que cette folie a une origine spéciale et des symptômes tout particuliers, et doit devenir toujours ou à peu près curable; et se bien persuader que la folie a le plus souvent une origine somatique.

Quelques aperçus historiques sur la question des hallucinations me paraissent nécessaires, afin de bien préciser le sujet.

Je vous ai déjà parlé, à plusieurs reprises, des hallucinations, et je vous ai montré des malades dont les hallucinations se rattachaient à des causes qui avaient atteint, tantôt les régions de la base du cerveau qui sont plus particulièrement dévolues aux impressions sensorielles, je veux parler des couches optiques, centres optiques, olfactifs, etc., et tantôt les régions supérieures de l'encéphale dévolues à l'intelligence, à la mémoire, à l'imagination, etc.

Dans le premier cas, ce sont, dans la classification de M. Baillarger, des hallucinations psycho-sensorielles, et, dans le second cas, des hallucinations psychiques. Ces dernières hallucinations, assez rares, se reconnaissent à ce que les malades vous disent qu'on leur parle *en pensée*, *le langage de la pensée;* qu'ils conversent *d'âme à âme;* leurs voix sont secrètes, INTÉRIEURES; elles sont le produit de l'exercice involontaire, de l'automatisme de la mémoire et de l'imagination seules.

Les hallucinations psycho-sensorielles sont le résultat de l'excitation des organes sensoriels dans leur partie intra-cérébrale et de l'exercice indépendant ou de l'automatisme de la mémoire et de l'imagination. Telle est la classification adoptée par M. Baillarger, qui a fondé sur elle sa définition de l'hallucination :

Une perception sensorielle, indépendante de toute excitation extrême des sens, mais ayant son point de départ dans l'exercice involontaire de la mémoire et de l'imagination.

Pour M. Baillarger, la suspension plus ou moins complète des sens et l'excitation interne des appareils sensoriaux, sont deux conditions favorables au développement de l'hallucination; mais le point de départ du phénomène siége dans l'intelligence, et non pas dans les organes des sens. Cette opinion est conforme à celle d'Esquirol, qui n'admettait pas que les sens fussent pour quelque chose dans la production de l'hallucination.

Calmeil, au contraire, et Linas admettent les hallucinations sensoriales. Calmeil trouve naturel d'expliquer le vice de la sensation par l'influence que la modification des tissus lésés a dû exercer sur les nerfs ambiants, et il cite le fait rapporté par Bourdelot d'une femme atteinte de cataracte qui avait été effrayée en plein jour par des mouches, des chenilles de toutes les couleurs, un insecte dont une aile était verte, l'autre jaune, la tête rouge et le corps bleu, et chez laquelle le cristallin, brisé par morceaux, renfermait des fragments qui se touchaient comme des prismes ou étaient les uns sur les autres, comme des glaçons.

D'un autre côté, dans son traité important, Brierre de Boismont ne fait pas allusion à la possibilité d'une liaison entre une hallucination et l'altération des organes extérieurs des sens.

Michéa professe, sur la pathogénie des hallucinations, une opinion qui est en désaccord avec celle de M. Baillarger : il considère certaines hallucinations comme étant sous la dépendance immédiate du système nerveux périphérique, du moins quant à leur point de départ; car le lieu où elles s'élaborent et se constituent, dit-il, est l'encéphale, et il divise les hallucinations en idiopathiques, ou dérivant d'une lésion première des centres nerveux, et en symptomatiques, ou consécutives à un trouble des cordons périphériques. Il ne laisse pas entrevoir que la cataracte ou le glaucome puissent être cause d'hallucinations. Michéa ne parle que de pression simple, d'irritation mécanique des organes des sens, de l'ébranlement de l'encéphale déterminé par un coup sur la tête, d'une impression trop vive exercée sur les sens par leurs excitants habituels.

Morel pense, comme M. Michéa, que les sens interviennent dans la production de l'hallucination, et cite en particulier, à l'appui de cette opinion, le fait des hallucinations qu'il appelle dédoublées, dans lesquelles on ne voit l'hallucination que d'un œil. Une personne observée par Donat, qui voyait toujours une araignée, des spectres et des tombeaux, n'avait l'hallucination que lorsqu'elle ouvrait l'œil gauche, le droit étant fermé. Aussi Morel a-t-il assigné à ces hallucinations la dénomination de sensorielles. C'est celle aussi que je crois la meilleure.

L'influence des lésions des organes extérieurs de la vue sur l'intelligence a été signalée par Dumont, médecin de l'hospice d'aveugles des Quinze-Vingts, dans un mémoire très-intéressant sur la cécité. Sur 220 individus atteints de cécité, acquise ou simple, 27 lui ont présenté des désordres intellectuels, variant depuis l'hypochondrie jusqu'à la manie, les hallucinations et la démence. Dumont n'a pas songé à tirer de ces faits un principe thérapeutique applicable aux hallucinés.

Dans le même ordre d'idées, Bouisson a publié l'observation d'un homme qui, atteint de cataracte double, présentait de l'amnésie, de l'incohérence d'idées, un défaut de spontanéité intellectuelle, et fut guéri de ces troubles mentaux, lorsque la

vue fut rétablie par l'extraction des cristallins (1). Je vous rappellerai encore un cas d'hallucinations de la vue causées par un ulcère scrofuleux de la cornée, et une rétinite, rapporté par Guépin (2).

D'autre part, Griesinger se refuse à admettre que des hallucinations puissent être « le résultat de l'irritation des épanouissements périphériques des nerfs des sens, parce que, d'un côté, les hallucinations s'observent même dans des sens dont la fonction périphérique est supprimée, et parce que toute irritation directe des nerfs peut bien, dans la rétine, déterminer des taches lumineuses, des images colorées, mais non des formes précises, compliquées; dans l'oreille, des bourdonnements, mais non des mots formés. »

Messieurs, la clinique vous montrera que ces raisonnements ne sont pas exacts; car certains faits disséminés dans la science, et d'autres qui me sont personnels, démontrent que la suppression d'une lésion des organes de l'ouïe, de la vue, amène la guérison d'hallucinations; et, d'autre part, des malades que je vous montrerai ont cessé d'éprouver des hallucinations de la vue lorsque la cécité est devenue absolue.

En résumé, l'intervention des lésions des organes extérieurs des sens, dans la genèse de certaines hallucinations et de la folie, est rejetée, ou peu s'en faut, par les auteurs, et l'influence de la mémoire et de l'imagination est considérée jusqu'ici comme jouant le rôle dominant. Sans prétendre supprimer l'influence réelle et souvent unique de cette dernière cause dans nombre de cas, je crois qu'on ne doit pas l'exagérer, et qu'il faut réserver une certaine part à l'altération des organes extérieurs des sens.

J'espère vous faire saisir toute l'importance thérapeutique de cet ordre d'idées, et l'avenir qui lui est réservé dans la pathologie mentale.

A. — Folie liée a des lésions irritatives de l'œil.

Les observations que j'ai faites portent presque toutes sur des malades de la Salpêtrière, et, pour toutes les lésions de l'œil, j'ai fait appel au savoir du docteur Galezowski, persuadé qu'une grande expérience en oculistique est nécessaire pour décider de la réalité de certaines lésions, et pour ne pas considérer comme morbides des états physiologiques; en oculistique surtout, ce genre d'erreurs est des plus faciles et des plus communs.

Nous avons examiné 28 malades atteints d'hallucinations primitives de la vue, sans préjudice d'hallucinations secondaires. Parmi ces 28, 20 nous ont présenté des lésions des milieux de l'œil, et, sur ces 20, 2 nous ont offert des altérations glaucomateuses,

(1) Bouisson. *Bulletin de l'Académie de médecine*, t. XXVI, p. 6.

(2) *Revue philosophique et religieuse*, janvier 1859, p. 159.

tandis que, chez les 18 autres, le cristallin était le siége de cataracte à diverses périodes; et, dans ce dernier cas, c'étaient ou bien des stries étoilées concentriques, des taches en nombre restreint qui occupaient le plus souvent la périphérie du cristallin seul, ou de la capsule et du cristallin en même temps; ou bien c'étaient des opacités ou plaques mal délimitées, lenticulaires ou capsulo-lenticulaires, ayant souvent l'apparence ponctuée.

Les lésions occupaient principalement les couches antérieures; mais cependant, dans plusieurs cas, la lésion était bien nettement corticale postérieure. Une fois, une opacité légère occupait le noyau même des deux cristallins. Une fois, les opacités cristallines consistaient en incrustations phosphatiques.

Lorsque les lésions sont ainsi partielles, elles occupent surtout le segment inférieur du cristallin. Ces lésions partielles n'empêchent pas de voir, avec l'ophthalmoscope, l'état du fond de l'œil.

Le meilleur moyen de voir ces opacités et ces stries, même rudimentaires, est de dilater préalablement la pupille avec l'atropine, et d'éclairer le fond de l'œil avec le miroir de l'ophthalmoscope. Les altérations cristalliniennes apparaissent alors facilement à l'œil nu, ou, mieux, muni d'une loupe, avec une teinte noire qui ne permet pas de se méprendre sur la lésion, tandis que les altérations capsulaires se présentent avec une teinte blanche, une apparence plissée, non rayonnée.

Le diagnostic du siége des opacités se fait aussi très-bien avec l'éclairage oblique, qui a l'avantage de montrer les différents plans de l'appareil cristallinien.

Lorsque la cataracte est complète, les altérations ne permettent pas d'apercevoir la papille, les vaisseaux; mais l'éclairage avec le miroir ou l'éclairage oblique rend autrement facile le diagnostic qu'une simple inspection à l'œil nu. Vous voyez alors soit des stries étoilées très-rapprochées, comme dans la cataracte lenticulaire, soit des plaques blanchâtres profondes, comme dans la cataracte capsulaire postérieure.

Lorsque les lésions sont glaucomateuses, l'œil est plus ou moins rouge, sa consistance est augmentée jusqu'à être quelquefois pierreuse; des douleurs sus-orbitaires sont permanentes; la vue est trouble, et l'examen ophthalmoscopique permet de constater une opacité nuageuse anté et péri-papillaire, et une excavation plus ou moins profonde du nerf optique. Lorsque les altérations sont anciennes, la papille présente de l'atrophie à des degrés variables, et la vue devient de plus en plus limitée à certains points, de plus en plus circonscrits, du nerf optique.

Ainsi que dans toute la pathologie mentale, la prédisposition héréditaire joue un rôle important, mais non pas nécessaire.

L'âge de ces hallucinés varie, dans mes observations, de 35 ans à 70 ans et quelques années. Tous ces malades, qui présentent des signes de cataracte à des degrés divers, ont éprouvé pendant plusieurs années, avant d'avoir des hallucinations, des sensations visuelles de mouches noires, d'araignées, de poussières noires, de la

diminution et du trouble de la vue. Les prodromes de glaucome datent, au contraire, de moins loin, et le trouble mental suit d'assez près le début de cette affection.

Ces altérations oculaires ne sont pas, le plus ordinairement, suivies directement d'hallucinations; il est de règle que, entre les troubles visuels que je viens de vous citer et elles, les malades éprouvent des illusions, c'est-à-dire croient voir à certains corps réels une forme qu'ils n'ont pas. C'est ainsi qu'une malade, à côté de qui est couchée une autre femme, la voit la nuit sous la forme d'un homme, couvert de sa chemise seule, ayant une longue figure. Elle le voit dormant, elle en a très-peur. Les autres malades couchées dans sa salle lui semblent être des morts : l'un a « *un pantalon rayé gris, et, sur ce pantalon, elle distingue des fils.* » Ce sont des illusions que favorise la très-faible clarté d'une veilleuse. Une autre voit chaque individu prendre envers elle des airs menaçants.

Une malade, qui a été guérie d'hallucinations et de délire partiel par une iridectomie, a commencé par avoir des illusions consistant à voir les passants lui faire des grimaces, rire d'elle. A ces illusions se joignent et plus tard succèdent de véritables hallucinations de la vue, douces ou terrifiantes, auxquelles les individus timorés, crédules, superstitieux, croient plus facilement que d'autres, et, dès ce moment, ainsi que je vous l'ai déjà dit, ils sont aliénés.

A partir de là, leur esprit, incité par des sensations de plus en plus nombreuses et irrésistibles, tourne dans un cercle d'idées de plus en plus restreint, et s'abstrait dans des conceptions délirantes, secondaires, tertiaires, etc., dont le point de départ est la préoccupation hallucinatoire. Il résulte de ce trouble dans le fonctionnement de la substance corticale cérébrale une série d'associations d'idées inconscientes et de souvenirs anciens dont l'observateur a beaucoup de peine à suivre le fil, parce qu'il lui faudrait connaître à fond les moindres actes anciens de l'aliéné, les plus petits faits de sa vie passée. Un fait très-intéressant, dans ces cas, est l'état secondaire hallucinatoire d'un ou plusieurs autres sens ; il semble qu'il se fasse une série d'actions réflexes dont le circuit serait constitué par les nerfs optiques, les couches optiques et les autres appareils sensoriaux. Quelle que soit l'explication, le fait est d'observation, et l'ouïe est le sens le plus influencé par les hallucinations de la vue,—et réciproquement.

Ces hallucinations ne m'ont pas paru aussi persistantes, je dirai même aussi tyranniques que les hallucinations que l'on observe dans la paralysie générale, la folie congestive, la folie anémique et la folie sympathique; et il est à noter qu'elles sont loin d'être nettes comme toutes celles qui ont pour origine l'exercice involontaire de la mémoire et de l'imagination : elles sont confuses, changeantes, leurs couleurs, leurs contours se modifient avec une très-grande rapidité; une malade me dit que c'était comme une fantasmagorie, une série d'ombres chinoises auxquelles elle se complaisait avec bonheur.

Les hallucinations surviennent principalement à la chute du jour, le soir, lorsque la lumière diminue, ou bien le matin, lorsque la clarté du jour est le plus vive; cela dépend de l'état du noyau cristallinien. Rarement j'ai vu de ces hallucinés pris d'exaltation maniaque; leur délire est plutôt tranquille et inoffensif. Il est rare que ce délire et ces hallucinations les empêchent de travailler, de vaquer à quelques fonctions. Cependant j'ai vu une malade s'agiter par intervalles, et se livrer à quelques violences. La peur que leur inspirent les illusions et les hallucinations est alors à peu près le seul mobile de l'agitation, des cris, des actes désordonnés de ces malades. C'est ainsi qu'une femme s'agitait et criait par peur d'un aigle vert, qui devenait gris blanc, puis gris jaune avec une bordure noire; une autre s'effrayait, la nuit, à la vue d'un chien noir de petite race, puis d'un blanc. Ces hallucinations augmentent ordinairement de fréquence et d'intensité lorsque les malades sont exposés au mouvement, à l'agitation de la rue; tout en multipliant leurs sensations, le va-et-vient des individus, des voitures, semble augmenter l'excitabilité déjà existante des nerfs optiques et des centres sensoriels optiques, et favoriser l'état illusionnel et hallucinatoire. Aussi la plupart de ces malades n'ont pas, ou n'ont que très-peu de ces phénomènes pendant leur séjour dans l'hôpital, mais ne peuvent rester au delà de quelques jours dans Paris. La malade D... en est un exemple frappant.

A peine sortie, elle retombe, s'agite et crie; rentrée dans l'hôpital, elle redevient aussitôt calme. Elle en a si bien conscience, qu'elle ne veut jamais sortir, et qu'il faut presque la contraindre pour la faire retourner dans sa famille.

Je vous ai dit que la peur pouvait être la cause de l'agitation de quelques malades.

Une femme, nommée P..., en est une preuve bien convaincante. Lorsqu'elle est dans une rue où il y a une grande animation, la multiplicité des individus en mouvement l'effraye; elle voit qu'on se cache, qu'on se met à l'écart pour la guetter et lui faire du mal; les figures sont menaçantes; elle se prend de peur et crie.

Au sujet de cette malade, j'ai à revenir sur ce que je vous ai dit relativement à l'âge auquel peuvent survenir les opacités et stries capsulo-lenticulaires, et partant les illusions et hallucinations qu'elles déterminent.

Plusieurs cas me prouvent que ces phénomènes peuvent survenir dès l'adolescence.

Ainsi une malade a commencé, vers l'âge de 13 ans, à avoir la vue brouillée, nuageuse, indécise, surtout par moments; quelques mois après, elle a vu les figures autres qu'elles n'étaient, elle les apercevait allongées, menaçantes, sévères; elle trouvait aux personnes des physionomies sinistres qui ne lui semblaient pas ordinaires. Elle s'en effrayait, et dès cet âge elle a toujours été en crainte.

Une autre malade a commencé, à l'âge de 15 ans, à voir des mouches noires voler devant elle. Ces mouches avaient des ailes, deux yeux au devant de la tête; leur corps était plus allongé et plus gros que celui d'une mouche ordinaire. Consécutivement elle a cru voir souvent, étant jeune, des ombres sur le mur, ombres mal défi-

nies, ayant un gros ventre. Les portraits, les tableaux, les dessins des papiers de tenture, des rideaux, prenaient la forme de figures de personnes.

Ainsi, voici des malades qui ont présenté, entre 13 et 15 ans, des signes d'opacités cristallines. La dernière, en particulier, raconte avec précision un fait assez curieux; elle dit que dans son pays, en Bretagne, cette sensation de mouches noires est assez fréquente chez les individus, qu'on appelle cela avoir des *langoux;* et, ceci doit moins étonner qui connaît la Bretagne, elle ajoute que l'on fait des processions pour les éviter et les empêcher de grossir. Le symptôme serait donc fréquent.

L'existence de phénomènes semblables dans l'adolescence me paraît un fait très-intéressant.

En tous cas, l'on comprend que les symptômes que je vous ai énoncés doivent impressionner vivement des adolescents et des enfants.

Le diagnostic de la folie sensorielle est facilité par un signe qui permet de distinguer les hallucinations qui lui appartiennent, des hallucinations psycho-sensorielles et psychiques qui sont le propre d'autres formes de folie; elles cessent, en effet, lorsque les malades ont les yeux bandés ou sont dans une obscurité profonde. Les malades, au contraire, qui sont atteintes d'hallucinations psycho-sensorielles ne cessent pas de les avoir lorsqu'un bandeau a été appliqué sur leurs yeux, et celles qui en ont aussi de l'ouïe ne cessent pas de les avoir, les oreilles bouchées. A l'inverse de ce qui existe chez les autres, la rétine ne paraît donc jouer aucun rôle dans la production des phénomènes. Ce moyen me paraît absolument propre à différencier les hallucinations sensorielles des psycho-sensorielles et psychiques, et être un guide précieux pour le traitement.

La cessation de l'hallucination par le fait de l'obscurité complète est, en somme, en concordance avec la suppression de l'hallucination sensorielle par la cécité absolue. Ceci est évident pour ces deux malades, et est en désaccord avec l'opinion d'Esquirol, qui se fondait sur l'existence d'hallucinations de la vue chez des aveugles pour affirmer la non-participation des organes extérieurs des sens à la production de ces phénomènes; mais d'abord, ainsi que l'a fait remarquer Foville père, rien ne démontre que, dans un œil cataracté, quelques fibres nerveuses ne persistent pas, qui puissent transmettre une irritation aux centres nerveux, et puis Esquirol a peut-être fait des observations sur des individus atteints d'hallucinations psychiques ou psycho-sensorielles devenus accidentellement aveugles.

La pathogénie de la folie liée à ces hallucinations sensorielles me semble pouvoir être comprise de deux façons, qui, loin de s'exclure, se complètent au contraire. Ou bien l'incertitude de la vision, les formes singulières, anormales des objets, les sensations fausses, la vue des mouches, araignées, etc., les illusions déterminent un état de crainte, de doute, de terreur même qui réagit sur le caractère, et plus tard sur l'intelligence et l'imagination; ou bien les lésions de l'œil amènent dans

les épanouissements des nerfs optiques et dans les centres optiques un état d'irritation qui n'aboutit tout d'abord qu'à des sensations exagérées, fausses, multipliées, ou à des illusions confuses qui, persistant, prennent un caractère de réalisme. Ces hallucinations sont alors des perceptions déviées, mais réelles, que l'individu voit comme il vous voit. Ces deux modes pathogéniques s'accordent très-bien comme point de départ avec la lésion intra-oculaire, et l'imagination n'a rien à faire ici, primitivement au moins, puisque l'occlusion des yeux, l'obscurité, font cesser le phénomène. Ces malades disent expressément que, par une nuit obscure, ils n'ont plus de visions.

En est-il de même dans les hallucinations psycho-sensorielles et psychiques? Non, certes, et tandis que la mémoire et l'imagination y sont primitivement troublées, ainsi que l'ont bien montré Esquirol et Baillarger, elles ne sont atteintes que secondairement dans les hallucinations sensorielles.

Je ne saurais vous dire combien, dans la folie, il est important de connaître le point de départ, l'état primitif, sans quoi l'on ne peut se reconnaître au milieu du dédale des phénomènes secondaires.

La conviction que ces hallucinations ont purement et simplement une origine sensorielle et les cas de guérison dont je vous ai déjà entretenus (1), me font penser que la thérapeutique doit arriver à être ici efficace.

Et d'abord, rien n'est plus simple dans les cas de cataracte mûre, de glaucome ; mais la difficulté semble, au premier abord, assez grande lorsqu'il s'agit d'opacités légères et disséminées.

Le cristallin, en effet, vous le savez, ne peut être enlevé lorsqu'il n'est pas à peu près complétement opaque ; mais c'est là un point d'études qui me paraît intéressant.

N'y a-t-il pas moyen de pratiquer la discision dans un cristallin atteint d'opacités légères, de façon à mettre le corps en contact direct avec l'humeur aqueuse qui, imbibant alors la substance cristalline, la gonflerait, la dissoudrait et la résorberait?

Quel que soit le procédé opératoire, il me paraît rationnel d'enlever de l'œil le cristallin, lorsque ses altérations ont troublé la vision et amènent des phénomènes aussi dommageables pour l'intelligence que des illusions et des hallucinations.

B. — Folie liée a l'hyperesthésie de l'œil.

Il est plus difficile, en l'absence de lésions oculaires, de savoir si les hallucinations sont primitives ou secondaires, c'est-à-dire consécutives ou non à un état nerveux central; en effet, il est un grand nombre de cas où des phénomènes senso-

(1) *Bulletin général de thérapeutique,* 15 décembre 1868.

riels sont le retentissement périphérique d'une lésion centrale; de même que l'on voit, chez l'épileptique, des auras des membres résulter de lésions cérébrales.

Ces symptômes consistent dans les deux cas en vue de flammes, de flammèches, de points brillants, d'éclairs, mais il y aura les plus grandes présomptions que la cause des illusions et des hallucinations est dans le globe oculaire, lorsque le malade est impressionné très-vivement par la lumière, tient les paupières fermées et recherche l'obscurité, et lorsque les illusions et les hallucinations cessent par le fait de l'occlusion des paupières.

La production de très-nombreux phosphènes jaunes, bleus, violets, par une faible pression du globe oculaire, est un bon moyen de reconnaître l'hallucination sensorielle de la vue.

Cet état d'acuité du sens de la vue est un bon signe pronostique, et le traitement par les injections sous-cutanées de morphine a rapidement raison de l'hyperesthésie de l'œil et des hallucinations.

C. — Folie liée a l'hyperesthésie et a l'irritation du sens de l'ouïe.

Les considérations un peu détaillées dans lesquelles je suis entré pour le sens de la vue sont aussi applicables *au sens de l'ouïe*, dont les fines dispositions anatomiques, décrites par Corti, sont bien favorables à l'existence de l'hyperesthésie et à son retentissement sur l'encéphale. Rien n'est, en effet, fréquent comme d'apprendre que l'hallucination de l'ouïe a été précédée par des bruissements, des tintements, des bourdonnements d'oreille, des murmures, des coups, par le retentissement désagréable du moindre bruit, puis par des illusions.

Chez un grand nombre de malades que j'ai guéris par les injections sous-cutanées de morphine, la pathogénie de leurs hallucinations n'avait pas été autre. Comme pour l'hallucination *de la vue*, dont l'origine est sensorielle, l'hallucination sensorielle de l'ouïe cesse par le fait de l'occlusion des oreilles, ou par le fait du silence. Ces hallucinations sont souvent unilatérales, et le diagnostic peut fréquemment en être aidé par le récit que font les malades des bruissements et des bourdonnements qui les fatiguent.

L'acuité de l'ouïe est un bon moyen de diagnostic de l'hyperesthésie primitive du sens de l'ouïe d'avec l'hyperesthésie des centres nerveux qui a retenti secondairement sur le sens de l'ouïe.

Quant aux lésions irritatives de l'oreille interne qui peuvent retentir sur l'encéphale, leur étude constitue une difficulté considérable, dont la cause dépend des dispositions anatomiques de l'oreille interne et de la difficulté d'étudier ses lésions, sans tout détruire dans les coupes auxquelles il faut soumettre le tissu osseux. L'anatomie normale est peu certaine; il en est de même de l'anatomie pathologique.

J'ai observé cependant des cas où des lésions dartreuses, qui avaient envahi et gagné l'oreille interne, avaient été l'origine de troubles sensoriels et, plus tard, d'hallucinations et de folie; mais je n'ai pu, dans un cas de mort, étudier convenablement l'oreille interne.

D. — Les considérations précédentes s'appliquent au *sens de l'odorat*, dont l'hyperesthésie est bien évidente dans certains cas. En résumé, ces trois sens sont le siége de symptômes dont l'analogie pathogénique concorde bien avec la similitude de leurs appareils anatomiques et l'existence de cellules vibratiles dans chacun d'eux.

Les considérations applicables au sens du toucher seront mieux à leur place dans la leçon suivante, consacrée aux névralgies et aux illusions viscérales, parce que, chez la plupart des aliénés qui ont des hallucinatious dites du toucher, il est bien difficile de les distinguer des hallucinations de la sensibilité générale.

VIII

De la folie liée à l'hyperesthésie du système cérébro-spinal et du grand sympathique.

Les manifestations névralgiques sont fréquentes chez les aliénés, surtout chez la femme, et sont plus souvent qu'on ne le suppose l'origine de la folie. Si la connaissance de ces phénomènes d'hyperesthésie est facile chez l'aliéné guéri ou amélioré, il n'en est pas de même dans la période d'état, l'aliéné ne faisant presque jamais alors l'aveu ni la confidence de ce qu'il éprouve, parce qu'il en attribue la cause à des individus qu'il croit intéressés à lui nuire.

C'est en présence de cet ordre de phénomènes qu'il faut laisser de côté les théories métaphysiques et philosophiques sur la genèse de la folie, et qu'il faut franchement étudier l'aliéné comme un malade ordinaire qui a une affection physique.

Les principales manifestations névralgiques qu'on observe chez ces aliénés portent sur les membres, le tronc, la tête, sur les organes génitaux internes et externes. Ce sont des névralgies des membres supérieurs et inférieurs, des organes génitaux; des névralgies lombo-abdominales, sus-ombilicales, intercostales, cervicales, faciales, syncipitales; de la gastralgie, de l'entéralgie.

Chez quelques malades, l'affection revêt la forme de névralgie générale; chez d'autres, la douleur est répandue dans un membre, dans une région, ou bien elle est parfaitement localisée, et n'occupe qu'un espace de quelques centimètres.

La douleur revêt toutes les formes possibles : arrachement, traction, pincement, feu, froid, lourdeur, légèreté, élasticité. La douleur a parfois une intensité telle, qu'elle peut provoquer des phénomènes très-pénibles; ainsi, chez un individu lypémaniaque et halluciné, la douleur a débuté, violente, à la partie supéreure du fémur, a duré une demi-heure, et l'a mis dans un état très-pénible. Il lui semblait qu'il allait mourir; son cerveau lui semblait vide; il avait des impatiences terribles; au bout d'une demi-heure, la douleur ayant disparu, il est resté dans un état d'inquiétude très-vive.

La douleur fixée à la région syncipitale a une influence toute spéciale sur les idées de suicide.

Une névralgie sous-mentale avait donné à une de mes malades des envies de mordre. Des injections de morphine l'en ont guérie. Un point douloureux, situé entre l'appendice xyphoïde et l'ombilic, avait donné à une malade l'idée qu'elle avait une bête dans le ventre.

— Le phénomène nerveux peut non-seulement revêtir la forme *douleur*, donner naissance à des hallucinations du toucher (1), mais encore présenter la forme *aura*, et, comme l'aura épileptique, monter des membres inférieurs, des parties génitales, du coude, à la tête, et déterminer alors un trouble instantané, une angoisse très-pénible, des cris et des mouvements désordonnés. J'ai vu deux malades dont la folie avait éclaté subitement à la suite de semblables auras partant du coude, et j'ai pu, chez un d'eux, empêcher un second accès en injectant aussitôt sous la peau une dose suffisante de morphine.

Lorsque l'hyperesthésie porte sur le système ganglionnaire, elle donne lieu aux symptômes les plus singuliers. Ainsi, elle peut déterminer une sensation de faim, de vide continuel épigastrique, de besoin continuel de manger, de boire, et en même temps des besoins incessants et impérieux d'uriner, et un état très-pénible de tympanite. Tel était le cas, chez une lypémaniaque, dont voici l'observation résumée.

Femme de 48 ans. Aménorrhée depuis deux ans, malade depuis neuf mois..... Face crispée. Expression de malaise. Anxiété suspirieuse. Sensation de vide continuelle et très-pénible dans l'épigastre. Besoin incessant de manger. Tympanite. Besoins très-fréquents d'uriner. Un peu d'incontinence. Constipation opiniâtre. Douleur lombo-sacrée. La malade passe son temps à manger, ne parle que de manger, et l'intelligence s'est affaiblie en même temps que ses idées ne sont portées que vers la seule préoccupation de satisfaire son appétit. Elle ne se tient plus propre.

Chez deux autres, elle a porté sur le clitoris, y a déterminé une excitation très-douloureuse qui ne leur laissait aucun repos, et qui avait déterminé, à la fin, un état de folie, des gestes désordonnés, des hallucinations et du délire de persécution.

Jeune fille de 22 ans. Depuis trois ans, douleur continue dans le clitoris, pour laquelle il a été fait des cautérisations au fer rouge à l'électricité, et la dilatation forcée des parties génitales externes. Depuis six mois, hallucinations de l'ouïe. Gestes désordonnés. Regard très-singulier. Ne fait que parler des fibres de ses parties génitales ; se découvre à chaque instant, met ses jambes en l'air et écarte ses grandes lèvres, en prenant des poses incroyables. Des injections de morphine à doses très-élevées ont guéri la folie et ont beaucoup diminué la douleur clitoridienne.

Jeune fille de 21 ans. Depuis l'âge de treize ans, douleur clitoridienne, suivie, au bout de trois ans, d'hallucinations internes, relatives au sens génital. Idées de persécution en rapport avec ces hallucinations. Plaintes, chez un commissaire, contre son patron. Je l'ai guérie par la morphine.

J'ai vu aussi l'hyperesthésie des corps caverneux et le satyriasis déterminer, à la longue, la folie lypémaniaque, accompagnée ou non d'hallucinations.

(1) Brierre de Boismont (*Hallucinations*, p. 83).

Homme de 51 ans. Depuis six ans, douleur à la base du gland, survenant tous les jours, accompagnée de teinte violacée et de chaleur de l'organe. La douleur se porte dans les lombes. Elle dure quelquefois douze heures; elle l'absorbe, et il ne sort plus de chez lui. Il est devenu, depuis quelque temps, morose, hypocondriaque, et ne pense plus qu'à sa douleur. Il a déjà eu quelques hallucinations fugaces. Il ne peut plus avoir de rapprochements sexuels, à cause de la douleur.

Homme de 54 ans. Depuis neuf mois, érections continuelles très-douloureuses, qui ont déterminé un commencement d'hypochondrie.

Chez une troisième malade, les accès de folie ont toujours été précédés par une sensation d'engourdissement qui va et vient dans tout son corps; chez un autre, par une sensation d'impatience générale qui passe dans le tronc et les membres.

Dans tous les cas, ces douleurs et ces phénomènes pénibles sont le point de départ des conceptions délirantes; et c'est surtout l'idée d'électricité, de physique, de coups, de secousses, envoyés par des inconnus ou des ennemis, qui est prédominante.

Ces états névropathiques existent souvent dans la folie simple, qui est caractérisée par de la lypémanie, avec angoisses, hallucinations, croyances à des influences extérieures, par de l'excitation maniaque et par de l'hypocondrie; et ils peuvent conduire à toutes les conséquences de la folie la mieux caractérisée et la plus compliquée. Cette variété de folie est la plus facile à guérir avec les injections sous-cutanées de chlorhydrate de morphine aux doses élevées que vous me voyez employer (1).

(1) Depuis cette leçon de 1869, j'ai publié un mémoire sur l'usage de la morphine dans la folie qui s'applique à cette variété d'aliénation mentale. (*Bull. de thérapeutique*, 1874.)

IX

De la folie sympathique
Altérations du ganglion semi-lunaire.

Messieurs,

Nous avons étudié la folie congestive, la folie par anémie simple et celle par dégénérescence athéromateuse des vaisseaux; enfin la folie sensorielle. Nous voici parvenus à une classe de vésanies qui n'est pas la moins intéressante, je veux parler de la folie sympathique.

Cette folie sympathique prend sa source dans le trouble d'un organe plus ou moins éloigné et sans relations fonctionnelles avec le cerveau, trouble dont la réflexion sur l'encéphale détermine la folie. Elle est plus fréquente qu'on ne le suppose ordinairement; sa marche est très-lente, insidieuse, obscure. La cause première en est souvent très-difficile à découvrir, et vous ne sauriez croire, Messieurs, ce qu'il y faut quelquefois mettre de patience. C'est dans ces cas que l'on voit combien il est nécessaire pour le médecin aliéniste de connaître la médecine générale, afin de ne laisser échapper aucune lésion et aucun trouble, si légers qu'ils puissent paraître au premier abord.

Il ne faut point, Messieurs, confondre la folie sympathique avec la folie symptomatique qui toujours, et c'est sa marque spéciale, est produite par des lésions intracrâniennes : ainsi, par exemple, les tumeurs, qu'elles soient d'origine syphilitique ou qu'elles reconnaissent toute autre cause.

Il faut, comme nous le disions plus haut, réserver le nom de folie sympathique à ces troubles mentaux déterminés par la souffrance d'un organe éloigné et dont les fonctions n'ont pas de rapports directs avec l'encéphale. Ainsi, par exemple, une maladie de l'estomac ou de l'intestin, ou de quelque autre viscère abdominal.

Ce qui démontre bien sûrement, Messieurs, que cette cause de troubles cérébraux n'est pas vaine, c'est le rétablissement des fonctions normales du cerveau après la guérison de l'organe malade. Je puis en citer de nombreux exemples dont la plupart sont empruntés à Whytt (1), Lisfranc, Lallemand, Loiseau (2), Azam (3).

(1) Whytt. *Traité des maladies nerveuses, hypochondriaques et hystériques,* trad. Paris, 1777.

(2) Loiseau. *Mémoire sur la folie sympathique.* Paris, 1857.

(3) Azam (de Bordeaux). *De la folie sympathique.* Bordeaux, 1858.

Dans un cas de Lisfranc, une dame était déjà devenue aliénée pendant plusieurs grossesses. Un nouvel accès se déclara et l'on crut qu'elle était de nouveau enceinte. Mais Lisfranc reconnut qu'il existait une vive douleur utérine, et s'assura qu'il existait de l'hypertrophie du corps de l'utérus, de l'inflammation et une érosion du col. Il la guérit par des moyens appropriés, et la folie cessa.

Lallemand, par la cautérisation du verumontanum, a guéri des vésanies liées à de la spermatorrhée.

Azam a observé une femme qui était devenue lypémaniaque et qui avait tenté de se suicider. Elle se plaignait de lourdeur, de pesanteur dans le bas ventre et d'ischurie. Le col de l'utérus présentait des granulations et un écoulement mucoso-albumineux. La lésion guérit au bout de deux mois par des soins appropriés. En même temps l'état mental se modifia progressivement, puis redevint normal.

Une seconde malade, atteinte d'une façon identique, guérit par les mêmes moyens.

Bazin a vu une femme qui était hallucinée du sens de l'ouïe après une grossesse difficile. Elle était démonomane, prenait le diable pour son mari, et était excitée par ses conseils diaboliques au meurtre de sa mère et de son mari véritable.

Bazin constata la présence d'une inflammation chronique de l'utérus (métrite interne catarrhale) qu'il guérit par des cautérisations intra-utérines, et la folie disparut.

La relation entre la folie et les lésions souvent les plus légères des organes abdominaux se fait pressentir dans la pratique ordinaire de la médecine.

Il vous arrivera, en effet, d'être consultés par des femmes dont le caractère s'aigrit, devient sombre, dont la physionomie est triste, le regard terne, et qui manifestent une grande nonchalance dans les choses ordinaires de la vie. En examinant les organes génitaux, vous constaterez de la métrite granuleuse ou catarrhale, et la guérison de l'affection utérine amènera celle des troubles mentaux.

Cet état moral existe quelquefois même chez la jeune fille, aux approches de la menstruation, ou bien dans des cas de dysménorrhée.

J'ai observé et guéri une malade dans des conditions intéressantes. C'était une dame qui avait des hallucinations en rapport avec l'apparition d'un glaucome aigu, et dont le cerveau était profondément troublé. Je priai M. Galezowski de l'opérer par l'iridectomie. Sa santé morale se rétablit comme par le passé; mais, plus tard, survint un nouvel accès de folie à l'époque de la ménopeuse. Je pus la guérir en me servant d'une médication dérivative chaque fois que les troubles ménopausiques apparaissaient. La guérison se maintient depuis quatre ans.

C'est en suivant la même méthode que j'ai été assez heureux pour guérir de folie sympathique, avec délire hypochondriaque, une malade qui était dans mon service

depuis six ans lorsque j'en fus nommé le médecin, et dont la folie avait été déterminée et entretenue par un catarrhe de la cavité utérine et de l'hydrométrie.

La nommée S... (Marie), 45 ans. Entrée le 22 octobre 1864, dans mon service de la Salpêtrière, alors dirigé par M. Falret père, avec un certificat portant qu'elle était atteinte de mélancolie. Examinée plusieurs fois par MM. Falret et Lasègue, elle a été considérée comme étant incurable, et aucun traitement ne lui a été fait.

Lorsque je pris le service, en 1867, j'obtins de la malade les renseignements suivants : Mère, 76 ans, bien portante, d'une bonne constitution. Père, 72 ans, bien portant, d'une santé délicate. Grand'mère paternelle, morte à 84 ans. Grand-père paternel, mort jeune, de fièvre cérébrale (chagrins). Grand'mère maternelle, morte très-âgée, bonne santé. Grand-père maternel, bonne santé.

La malade n'a eu qu'une sœur, qui vit et est bien portante. — Elle s'est mariée jeune, dit que son beau-frère l'a volée, en ne donnant pas ce qui était *convenu* dans son contrat. Son commerce n'a pas réussi, elle est tombée dans la misère. La faillite est survenue neuf à dix jours après qu'elle venait d'accoucher de son quatrième enfant. Elle a été prise de délire; cela se passait il y a vingt-trois ans. Dit avoir eu à ce moment une paralysie à gauche et a dû se servir de béquilles pendant quelque temps (quinze jours au plus), et depuis n'a rien ressenti de ce côté. Insiste à plusieurs reprises sur la misère dans laquelle elle était à ce moment. A perdu son mari il y a dix-huit ans.

Quelques années après, pendant qu'elle était dame de comptoir dans un café, a eu des névralgies dans la région oculaire et la joue gauches, lesquelles ont duré deux à trois ans, avec des intervalles, et ont cessé après la prise d'un médicament très-violent qui l'a plongée dans une sorte de léthargie; elle a quitté la maison et s'est placée dans un salon littéraire, puis est retournée chez son père.

Tout allait bien, me dit-elle, lorsque, il y a trois ans, elle reçut la confidence d'une de ses filles qui avait été l'objet de violences de la part du mari d'une de ses amies. Elle en fut accablée et elle arriva à croire qu'on voulait tuer ses parents. Elle ne sait dire qui voulait les tuer, ni comment; tomba dans l'exaltation; son médecin, M. Costa, vint la voir, lui donna une potion calmante et la mena avec son père à la Préfecture; de là, conduite ici en 1864.

État, le 16 octobre 1867 : Femme maigre, cheveux gris, physionomie très-agréable; très-triste; se tient presque toujours la main gauche sur la tempe gauche; bonne tenue, conversation agréable. Par moments, s'occupe à chanter avec le maître de chant et y met beaucoup de bonne volonté; parole facile, rapide; reconnaît avoir été folle il y a trois ans, et dit ne plus l'être depuis deux ans. Elle m'explique de la façon suivante son raisonnement relatif à ses craintes :

« — Je suis venue ici sans être folle. Si je sors, on me demandera pourquoi je suis venue; on me mettra en jugement, en prison, et on me tuera. »

Après des instances de ma part, elle me raconte autre chose : « Je suis enceinte de quarante-deux mois; j'ai eu des relations avec un individu après la mort de mon mari; ma grossesse a été constatée par une sage-femme, je sens remuer, j'ai des maux de cœur; c'est une honte pour moi et mes enfants; c'est affreux; ne le dites pas (elle pleure en disant cela). Quand j'accou-

cherai, je mourrai. Dites-moi, avez-vous vu jamais une grossesse de quarante-deux mois? Y croyez-vous? J'ai confiance en vous. »

Je lui dis que ce n'est pas possible et je lui montre un livre où il est imprimé qu'une grossesse ne peut dépasser trois cents jours. Elle me fait promettre de ne rien dire de tout cela; sans quoi, tout le monde la verrait de mauvais œil.

Quand elle voit ses filles, elle commence par être gaie, puis *leur dit qu'elle les fera tuer;* elle ajoute qu'elle est enceinte.

Pendant qu'elle travaille, elle sort quelquefois subitement de la salle de travail, crie, *dit qu'elle est une malheureuse*, pleure, parcourt rapidement la cour en tous sens. Dans ses moments de désespoir, elle demande à ne pas sortir d'ici, mais craint qu'on ne la renvoie. Gargouillement presque continuel dans son ventre, entendu à distance. Appétit; mange régulièrement.

20 octobre 1868 : Mêmes craintes d'être enceinte; à mes raisons, répond : « *Le hasard est si grand!* » Ne veut m'écrire; me promet d'abjurer toutes ses erreurs; se désole; travaille bien, du reste, à l'atelier. Brusquement, elle me dit : « J'ai des moments où je veux douter; d'autres où je ne veux pas, quand même ce serait une idée. » A un sentiment d'oppression épigastrique. « Je suis sûre d'être enceinte comme il y a un bon Dieu. Pourquoi suis-je énorme comme cela ? »

Je traite la malade par l'hydrothérapie, des pilules de fer, des bains de Baréges; mais l'état reste le même. Mêmes idées de grossesse, même tristesse, même désolation. Je constate, le 27 octobre, que le corps de l'utérus est douloureux, plus gros qu'il ne faudrait, de près du double que dans l'état de vacuité. Je cherche à faire pénétrer dans la cavité utérine une sonde utérine, mais inutilement, et ce n'est qu'après plusieurs jours de dilatation du col par des morceaux d'éponge préparée que j'y parviens.

Il sort alors du col utérin une assez grande quantité de liquide limpide, non filant, à peine un peu louche. J'ai fait à plusieurs reprises, les jours suivants, à des intervalles de quarante-huit heures, des injections dans la cavité utérine de solution de nitrate d'argent au 20ᵉ. La quantité injectée a été, chaque fois, de 1 centimètre cube.

Les injections n'ont été suivies d'aucune douleur.

Pendant le mois qui a suivi le commencement du traitement, il est sorti du col utérin une grande quantité de liquide aqueux clair; puis, après ce temps, le liquide a été filant. Le 4 novembre, la quantité injectée a été de 2 centimètres cubes, et l'injection a été suivie d'une légère douleur dans la région sacrée.

J'ai cessé les injections au bout de six semaines.

Le 2 février, la malade me dit avoir la sensation de voix intérieures chantantes, mais ne plus avoir la sensation de grossesse depuis une injection qui a causé de vives douleurs dans les premiers jours de décembre; elle ajoute qu'elle devait être folle. Elle ne perd plus de liquide par le col utérin; elle est toujours très-émotive.

6 avril : Elle éprouve encore, par moments, une sensation de gonflement abdominal et de la tristesse; mais elle n'a plus l'idée qu'elle est enceinte.

L'état de tristesse a diminué depuis progressivement, et, en septembre 1870, elle était parfaitement guérie.

Je l'ai gardée encore dans mon service pendant deux ans, jusqu'à ce que des affaires d'intérêt qui la concernaient eussent été arrangées.

Elle est rentrée dans la société depuis novembre 1872; elle est revenue souvent voir les employées du service, et j'ai pu constater que la guérison s'est bien maintenue.

En résumé, cette malade, aliénée depuis plus de six ans, et considérée comme incurable, était atteinte de folie sympathique causée par de l'hydrométrie, et consistant à croire qu'elle était enceinte depuis plusieurs années. Je l'ai guérie par des injections de solution de nitrate d'argent dans la cavité utérine, où la pénétration de la sonde n'a pu se faire qu'après une dilatation graduelle.

Quel est le mécanisme de ce genre de folie? La folie se produit-elle par action directe des organes malades sur le cerveau ou par action réflexe? Supposons, par exemple, un trouble, une lésion abdominale; la sensation qu'elle détermine est transmise par les filets sympathiques au plexus solaire et à ses ganglions. Comment va-t-elle s'y comporter pour produire la folie? Sera-ce par action directe ou par réflexion? Nous ne pouvons admettre cette action directe, parce que la physiologie et l'anatomie nous montrent le contraire : pour l'anatomie, on n'a pas vu jusqu'ici de filet sympathique traversant un ganglion directement, sans s'y modifier d'une manière quelconque, pour se porter directement sur la moelle et de là se rendre au cerveau. La physiologie nous enseigne que les ganglions sont des centres réflexes et que, dans le cas cité, l'impression transmise au ganglion semi-lunaire, par exemple, y subit là une modification et en repart comme d'un centre pour être réfléchie sur le cerveau.

Deux autopsies de folie sympathique, d'origine abdominale, dont je vous montre les détails vus au microscope, me paraissent éclairer la question et montrer que les ganglions abdominaux du grand sympathique sont intéressés dans ces cas d'aliénation. Rien d'anormal à l'œil nu dans ces ganglions, mais avec le microscope on y voit un très-grand nombre de noyaux embryoplastiques, puis un état plus avancé de ces noyaux, c'est-à-dire des corps fusiformes, un tissu lamelleux jeune et courant en divers sens. Le nombre des cellules nerveuses y est diminué; celles qui restent sont ou saines ou atrophiées, ou remplies de granulations pigmentaires et graisseuses. Quelques-unes présentent encore des noyaux; chez d'autres ils ont disparu. L'enveloppe de quelques-unes est notablement épaissie, de plus du double.

Ces deux femmes avaient eu, avant de devenir aliénées, des affections abdominales subaiguës. L'une d'elles était une hypochondriaque qui disait avoir des milliers d'enfants par jour et qui nous annonçait que ces enfants servaient à faire la soupe de l'hôpital.

L'autre était une lypémaniaque qui avait des idées constantes de suicide. Les

anses intestinales, l'épiploon étaient couverts de tractus blancs, des adhérences réunissaient des portions d'intestin avec le foie, la rate et avec d'autres anses; le gros intestin était rétréci par places au moyen d'adhérences, et dilaté et aminci dans d'autres. Le côlon transverse était déplacé, il avait pris une direction verticale.

Voici, du reste, l'observation complète de cette dernière :

Folie lypémaniaque d'origine sympathique. — Affections douloureuses du ventre. — Hallucinations de la sensibilité générale. — Influences électriques. — Idées de suicide.

C'était une femme de 54 ans, qui avait eu, avant d'être aliénée, une affection aiguë du ventre et en avait conservé une très-grande sensibilité; même depuis la folie, elle avait souvent perdu du sang par les selles; pas d'hémorrhoïdes.

La malade était aliénée depuis plus de sept ans, au moment où elle a succombé. Elle avait d'abord présenté des hallucinations de la sensibilité générale, de l'agitation par moment, des idées tristes et de suicide, du refus de manger.

Elle a succombé à de l'inanition, après sept ans de séjour à la Salpêtrière, dans le service de M. Baillarger.

Examen à l'œil nu : Pas d'adhérences entre le gros intestin et les parois abdominales. Le côlon transverse est placé verticalement et arrive, en haut, jusqu'à l'appendice xyphoïde. Il a presque partout des parois excessivement amincies; on ne voit plus de plis transversaux; au contraire, au voisinage du côlon ascendant, il est ratatiné. A sa partie gauche, il est adhérent aux parois abdominales, à la rate, à des anses de l'intestin grêle; il est excessivement dilaté.

Le cœcum est fortement dilaté. Le côlon ascendant est assez notablement dilaté; il adhère aux parties qui sont en arrière, puis, après une excessive dilatation, il se rétrécit et se dilate encore.

La surface interne du gros intestin et de l'intestin grêle présentent des saillies couleur pourpre, du volume de grains de millet, constituées par des dilatations veineuses et renfermant presque toutes un petit caillot noir.

L'utérus donne une sensation de flot; il renferme la valeur d'un verre à liqueur de liquide mucoso-purulent qui renferme des globules pyoïdes et de Gluge; quelques globules rouges un peu décolorés.

Rien de particulier dans les poumons, le cœur, dans l'aorte et les autres troncs artériels.

L'encéphale pesait 1,200 grammes. Il n'existait pas d'épaississement des méninges. Nous avons trouvé dans le cerveau plusieurs vacuoles remplies d'un liquide couleur lie de vin.

L'*examen microscopique* du cerveau n'a pas été fait, mais j'ai fait celui des ganglions semilunaires, de concert avec Grandry.

Nous y avons trouvé une grande quantité de noyaux embryoplastiques, des corps fusiformes, de l'atrophie des cellules, dont plusieurs semblent devoir disparaître; dans d'autres cellules, au contraire, un état d'altération graisseuse et pigmentaire.

Ainsi, Messieurs, la folie sympathique était accompagnée dans ces deux cas

d'altérations caractéristiques du ganglion semi-lunaire, altérations de nature inflammatoire qui ont abouti à la raréfaction et à la nécrose du tissu nerveux ganglionnaire, et qui me semblent démontrer que ces organes sont intéressés dans les manifestations que présentent les aliénés par sympathie.

Lobstein avait déjà observé des altérations du grand sympathique après des maladies de l'intestin, suivies de folie, et en particulier chez une femme hypochondriaque.

Pinel considérait l'hypochondrie comme toujours liée à une lésion du sympathique abdominal.

Bichat avait trouvé le ganglion semi-lunaire fibreux, et, à l'appui de ce fait, je puis citer le cas d'une femme hypochondriaque, qui présentait ce même ganglion fibreux.

Les deux faits dont je viens de vous entretenir viennent donc corroborer les observations faites par Lobstein, Pinel et Bichat, par des résultats de recherches microscopiques qui montrent des lésions dans des ganglions sains à l'œil nu, et qui, d'autre part, fournissent au médecin des indications thérapeutiques pour le traitement d'affections des organes abdominaux dont il peut redouter le retentissement sur les facultés intellectuelles.

Les *maladies du tube intestinal* sont une cause non moins fréquente de folie. Ainsi, les déplacements du côlon transverse coïncident assez souvent avec la folie. Nous avons récemment fait l'autopsie d'une femme aliénée morte dans le service de M. Baillarger, et qui présentait un déplacement considérable du côlon transverse, qui, de transversal, était devenu perpendiculaire. De plus, il était très-dilaté, très-aminci, presque réduit à une pelure d'oignon, et dans la vacuité la plus complète. D'autre part, on observait sur l'intestin grêle un rétrécissement considérable.

J'ai eu, dans mes salles, une femme dont la folie lypémaniaque était déterminée par un cancer de l'épiploon.

L'*helminthiase* est souvent cause déterminante de folie. La pathologie infantile en offre des exemples non rares, et le livre de M. Davaine en cite aussi quelques cas (1). Cette folie vermineuse prend souvent la forme maniaque.

Les *maladies du foie* déterminent souvent l'hypochondrie ou la mélancolie. Ainsi nous avons, dans le service, une femme du nom de B... qui a un ictère chronique, et qui est depuis dans un état de douce mélancolie, accompagnée d'hallucinations de la vue et de l'ouïe.

De même l'hypertrophie de la rate peut suffire à troubler l'exercice de l'intelligence. L'embarras gastrique (De Lucé), le cancer de l'estomac (Mathez, Bonet), les

(1) C. Davaine. *Traité des entozoaires et des maladies vermineuses.* Paris, 1859.

constrictions du côlon (Bergmann, Guislain, Schröder), peuvent produire la folie; la grossesse même a déterminé souvent la folie; Marcé a montré les caractères propres de chaque folie qui survient pendant la grossesse et pendant la lactation (1).

Dans la poitrine, nous voyons aussi que les organes qui y sont contenus ont, dans des cas nettement déterminés, amené l'explosion de la folie. On en a observé un exemple bien net dans un déplacement du cœur.

Du côté du poumon, les observations sont loin d'être rares. Ainsi, dans la première période de la phthisie, on voit survenir quelquefois des troubles mentaux. Des femmes deviennent tendres, amoureuses, passionnées, vont jusqu'à l'oubli des plus simples convenances.

Schrœder van der Kolk a cité le cas d'un individu chez lequel trois poussées tuberculeuses ont, à trois reprises différentes, développé une excitation maniaque corrélative. J'en ai vu deux cas.

Il est à noter, en effet, que ces prédisposés au tubercule ont toujours été nerveux, impressionnables, émotifs; il me paraît évident, pour ainsi dire, que leurs cellules cérébrales sont dans le même état d'excitabilité que le sont les cellules médullaires d'un individu prédisposé à l'épilepsie.

D'un autre côté, Messieurs, la folie sympathique compte des adversaires tels que Stahl, Cullen, Falret, Georget. Ce dernier a avancé que les troubles des organes éloignés, loin d'être primitifs, c'est-à-dire loin d'être une cause, étaient secondaires, c'est-à-dire un effet. Il est difficile d'admettre, en se plaçant à ce point de vue, qu'une vésanie puisse, par le fait seul du trouble intellectuel, déterminer des lésions et des altérations aussi considérables que, par exemple, des adhérences péritonéales limitées au foie, des déplacements du côlon, comme la folie sympathique en offre assez souvent des exemples.

Comment expliquer, par ce système, le cas cité par Esquirol, d'un enfant ayant des vers intestinaux et présentant des troubles intellectuels qu'il a guéris en le débarrassant de ses vers? D'ailleurs, ne savons-nous pas aussi qu'à la suite de souffrances viscérales intenses, on voit quelquefois éclater, sans fièvre, un délire aigu qui, s'il se prolonge ou se reproduit souvent, mène à un état de folie confirmée? Il en est de cette répétition du délire, comme de ces cas qu'on observe dans la pathologie infantile, d'épilepsie accidentelle se transformant par répétition en épilepsie confirmée? Ainsi, l'éruption des dents chez l'enfant provoque quelquefois des accès convulsifs qui peuvent laisser à leur suite le mal comitial qui peut s'établir définitivement chez le sujet.

(1) Marcé. *Traité de la folie des femmes enceintes, des nouvelles accouchées et des nourrices.* Paris, 1858.

White avait observé sur lui un état hallucinatoire de la vue, quand il avait de la dyspepsie gastro-intestinale ou un trouble de son tube digestif.

Ce serait assez, Messieurs, pour vous démontrer l'inanité de la proposition négative de Georget, s'il ne s'était chargé lui-même de la réfuter en admettant qu'une *variété de délire aigu peut être due à des causes éloignées.*

X

La folie du jeune âge.

Messieurs,

On n'a pas d'exemples fréquents de folie dans le jeune âge. Les cas observés par Guislain, Perfect, Haslam, Friedreich, Brierre de Boismont, Delasiauve et Lepaulmier (1) méritent considération. Ce que la folie du jeune âge offre d'intéressant, c'est qu'elle renverse les théories des aliénistes qui soutiennent que la folie est le résultat de passions exagérées. Ce n'est pas, en effet, Messieurs, dans l'enfance que se trouvent ces grandes passions qui plus tard agitent l'homme et traversent sa vie.

Et d'abord, que faut-il entendre par folie du jeune âge? Quelle catégorie d'individus faut-il y comprendre? — Eh bien! nous rangerons parmi ces aliénés tous ceux qui n'auront pas encore atteint dix-huit ans, et nous ne les confondrons pas avec les idiots, les imbéciles, ni avec les malades atteints de dégénérescence, d'arrêt de développement cérébral et d'anomalies morales et instinctives. J'ai vu des enfants aliénés à l'âge de 4 ans.

La prédisposition joue ici, comme chez l'adulte, un rôle important, et je ne parle pas seulement de l'hérédité, mais aussi de cette prédisposition morbide en vertu de laquelle des enfants ne peuvent avoir une angine simple, un léger embarras gastrique sans présenter du délire.

Les causes les plus fréquemment occasionnelles sont, en première ligne, l'onanisme, habitude déplorable et souvent enracinée chez l'enfant, soit par penchant naturel, soit par habitudes acquises — Mais ce n'est point là tout le bilan de ces causes occasionnelles : la menstruation, l'helmintiase, le traumatisme du crâne, des impressions morales terrifiantes, des agents toxiques tels que l'alcool, le sulfure de carbone, l'intoxication saturnine, l'épilepsie, l'hystérie, une méningite antérieure, des exanthèmes répercutés et enfin cette imitation contagieuse qui produit la folie épidémique : voilà autant de causes nombreuses et irrécusables.

M. Brierre de Boismont a fait remarquer que, dans les colléges, bon nombre d'individus prédiposés deviennent fous par suite de mauvais traitements.

(1) Lepaulmier. *Des affections mentales chez les enfants, et en particulier de la manie.* Thèse, Paris, 1856.

Un premier fait domine la pathologie mentale de l'enfance : les hallucinations y sont toujours suivies de folie. En effet, l'intelligence, la raison encore peu développées de l'enfant sont incapables de résister et de réagir contre des sensations fausses, et l'erreur trouve facilement crédit dans leur jeune esprit, tandis que l'adulte est souvent en état de se rendre un compte exact de ses hallucinations et par là d'en éviter les funestes conséquences. L'enfant ne peut être halluciné sans être aliéné, et c'est ce qui explique comment des hallucinations survenues chez des enfants donnent si fréquemment lieu à des histoires de miracles; ainsi le miracle de Lourdes a été affirmé sur la foi d'une enfant hallucinée qui est maintenant dans le couvent des Ursulines de Nevers; j'ai encore aujourd'hui dans mes salles une femme qui, depuis son adolescence, voit la sainte Vierge dans le ciel, et qui a ainsi rempli le principal rôle dans le miracle de la Salette.

Voici les observations de ces deux malades :

Obs. I. — Je tiens d'un de mes confrères, le docteur Delmas, de Roquecourbe (Tarn), les notes suivantes sur Bernadette, la visionnaire de Lourdes, qu'il put examiner quelques jours après l'apparition, en compagnie du président du Conseil général des Hautes-Pyrénées, dans son château.

« On était d'abord frappé, dit-il, de la constitution chétive et rachitique de la jeune fille, et de sa physionomie idiote; il y avait chez elle une étroitesse extrême du frontal, avec inclinaison très-forte en arrière. Ayant ausculté sa poitrine, j'y constatai des râles sibilants et les signes d'une maladie organique du cœur.

« Je la vis le lendemain, avec le directeur de la ferme-école de Lourdes; je trouvai Bernadette en proie à une dyspnée approchant de la suffocation : la face était livide, bleuâtre; les lèvres et le nez tuméfiés. Il existait un état surapoplectique, avec hébétude des facultés intellectuelles; elle se plaignait de violents maux de tête.

« J'interrogeai Bernadette sur sa vision à la grotte de Lourdes; elle nous répondit qu'étant allée *un soir* ramasser des châtaignes sur les bords du Gave, en compagnie de deux jeunes filles de son âge, la sainte Vierge lui est apparue à l'entrée de la grotte. Nous lui demandâmes comment était vêtue la Vierge; elle nous répondit qu'elle était vêtue de blanc, avec des souliers en satin jaune et une couronne d'immortelles sur sa tête.

« — Et que te dit la sainte Vierge? — La sainte Vierge me dit : « Pauvre Bernadette, tu es bien malheureuse sur la terre, mais un jour tu seras bien heureuse dans le ciel. »

« — Et tes deux compagnes, la virent-elles?

« — Non, elles n'ont rien vu, ni rien entendu. »

Obs. II. — Marie B... est arrivée dans mon service le 18 janvier 1868, à la suite du certificat suivant, délivré par M. le docteur Girard de Cailleux :

« Délire de persécution avec conceptions hypochondriaques. »

Une de ses parentes m'apprit que, en novembre 1866, Marie B... se plaignit à tout le monde qu'on la volait; qu'elle avait mis le feu à sa cheminée, disant qu'il fallait qu'elle brûlât

tout Paris, et que, dans ces derniers jours, elle avait laissé couler l'eau par le robinet de la cuisine pour éteindre l'incendie.

Sa parente ajoute que Marie B... a répété encore ces jours-ci qu'on la volait, qu'il y avait des démons après elle; elle se promenait la nuit, toute nue, dans les escaliers et la cour.

Elle m'apprit que Marie B... était la confidente de Mlle de la Merlière dès avant 1846; que cette demoiselle l'a exaltée; elle me montra une lettre d'une parente de cette demoiselle, Mlle de L..., qui dit que Marie B... parcourait les montagnes de la Salette, pieds nus.

Marie B... est d'une taille un peu au-dessous de la moyenne, blonde, pâle. Les traits sont réguliers et agréables. La physionomie est triste et compassée. Elle tient dans ses mains un chapelet et prie.

Elle ne présente aucune altération des sens, de la sensibilité, de la motilité.

Elle tousse, et elle expectore des crachats épais et sanguinolents.

Il existe des tubercules pulmonaires ramollis au sommet du poumon gauche.

Elle croit qu'on empoisonne ses aliments, qu'on l'a volée, et qu'on l'a accusée d'avoir volé.

La nuit, elle va détacher les autres malades, et lorsqu'on lui en fait des observations, elle répond que ce n'est pas elle, que c'est Jésus.

« C'est le petit Joseph qui a commencé, dit-elle, Marie! Marie! »

Elle me raconte qu'elle est à Paris depuis 1858; qu'elle arrivait, avec sa maîtresse, de l'Isère; que sa mère est morte empoisonnée. Elle entremêle ses récits de propos religieux, de purgatoire, de paradis, et abandonnerait le sujet de la conversation si on ne l'y ramenait.

« Je suis mariée, dit-elle, avec Notre Seigneur; la sainte Vierge m'a admise dans le ciel; » puis, sans transition : « Il y a là, derrière le poêle, un monsieur qui me semble être le fils d'une de ces dames. »

A ma question : Pourquoi veut-on vous empoisonner? Elle me répond : « J'ai des ennemis, je n'ai fait que prier pour eux, et cependant ils me poursuivent. »

L'entendant parler un jour de La Salette, je lui demande si elle y a été; elle me répond qu'elle y a vu la sainte Vierge plus de vingt fois; qu'elle lui est apparue, nue comme une statue blanche, avec une triple couronne sur sa tête, en forme de rosaire.

Quelques jours après, elle reçoit à l'hôpital la visite de Mlle de la Merlière et d'un médecin très-âgé, M. Berjon. Mlle de la Merlière me dit qu'elle n'a pris B... comme femme de confiance que deux ans après l'apparition de La Salette, alors que la cousine de B... m'a affirmé qu'il y a trente ans qu'elle est avec elle.

Pendant tout le temps de l'entretien que j'ai eu avec la malade et les deux visiteurs, il a été évident pour les personnes qui y assistaient, et pour moi, que Mlle de la Merlière interrompait B... toutes les fois que je l'interrogeais sur La Salette, et que tous les trois ils échangeaient alors des regards d'intelligence et se taisaient.

J'obtiens encore à ce moment de B... l'aveu qu'elle avait vu la sainte Vierge au moins vingt fois; mais Mlle de la Merlière paraît vivement contrariée, et me dit que ce sont des illusions qu'elle a eues.

Je demande à B... si elle connaît les deux jeunes pâtres dont il a été question à propos de la vision de La Salette; elle prend alors une pose extatique, me dit qu'elle les *connaissait*

bien, qu'elle les a embrassés; la mauvaise humeur de Mlle de la Merlière et du vieux médecin ne fait qu'augmenter, et la comtesse fait taire B...

Un des jours suivants, B... me dit que, dans une de ses tournées dans les montagnes, près de Corps, elle a vu la sainte Vierge sur le bord d'un précipice, un peu après le coucher du soleil, et que, quelques instants avant, elle a aperçu les deux pâtres gardant leurs agneaux.

« J'ai vu, dit-elle, encore la sainte Vierge en 1857.... »

Deux mois après son entrée dans mon service, je l'ai trouvée un matin en extase, regardant le ciel, pur de tout nuage; elle m'a dit qu'elle voyait la sainte Vierge en blanc, la tête couverte d'une couronne.

Le 2 juillet elle me montre dans le ciel, qui est très-pur, un point où elle voit la sainte Vierge, en cheveux blonds, la figure souriante, et elle s'agenouille.

Lorsque cette femme est sortie de mon service, en 1869, elle n'a rien voulu m'avouer relativement à La Salette; mais, lorsque je la pressais de questions, elle se prenait à sourire, et à parler d'autres choses.

En résumé, cette malade était une hallucinée, et son hallucination consistait à voir la sainte Vierge dans le ciel. Elle avait parcouru plusieurs fois les montagnes de l'Isère avant ce qui est arrivé à La Salette. Elle connaissait bien les deux pâtres, et nous a raconté une de ses hallucinations sur la montagne, alors que ces enfants étaient près d'elle.

Elle a montré à ces enfants la sainte Vierge dans les airs, et, favorisée par la demi-obscurité et peut-être par ces légers nuages blancs qu'on aperçoit sur les flancs des montagnes, elle les a convaincus. L'hallucination a été contagieuse.

La folie du jeune âge se présente sous la forme de folie générale et sous la forme de folie partielle.

A. Dans la première, le délire est dépressif ou maniaque.

1° *Le délire dépressif* se caractérise extérieurement comme le délire de l'adulte.

L'enfant fixe le plafond, les fenêtres, un objet quelconque, et souvent sa physionomie exprime la terreur. On le voit quelquefois tourner la tête d'un côté ou d'un autre, comme si quelqu'un lui parlait.

Les pupilles sont dilatées. L'enfant ne présente pas toujours de la fièvre, mais la tension artérielle est ordinairement très-augmentée.

Ce délire général présente souvent de l'intermittence; c'est ainsi qu'on voit l'enfant sortir de son état de stupeur, de mutisme, pour répondre aux questions et raconter la façon dont il est tombé malade. — Un de mes petits malades de Bicêtre qui était plongé, depuis trois jours, dans le mutisme et l'immobilité, me racontait sans difficulté qu'il avait été poussé par des camarades à des pratiques onaniques,

qu'il s'y était livré avec frénésie et qu'il s'y était exténué. L'état lucide ne dura que sept jours et fut remplacé par de l'extase.

J'ai vu plusieurs jeunes aliénés qui étaient rentrés dans l'état normal après un certain nombre d'intermittences semblables.

L'enfant ne présente pas seulement un état hallucinatoire, il est quelquefois le jouet des illusions de ses sens : les objets sont modifiés, les personnes qu'il aperçoit sont transformées ou vues avec des attributs divers que rien ne confirme dans la réalité. Voilà habituellement quel est leur habitus extérieur dans la forme dépressive.

Ces accès de folie ont été pris quelquefois à tort pour de la fièvre typhoïde. C'est ce qui est arrivé pour un jeune malade dont l'affection mentale se déclara quinze jours après un traumatisme crânien, et fut considérée par son médecin habituel comme étant une fièvre typhoïde. Ses parents le virent maigrir rapidement; puis il fut pris de vomissements. Pendant les huit premiers jours, l'enfant devint triste, refusa les aliments; au bout d'un mois, il se livra à des actes complétement incohérents et tomba par intervalles dans un mutisme et une stupeur qui s'accompagnaient d'un peu de fièvre (T. axill. 38°, P. 128), d'inégalité pupillaire, de sécheresse des lèvres et de rougeur de la face.

Reconnu aliéné après cinq semaines, il fut amené dans mon service, et pendant les huit mois qu'il y demeura, il présenta des phénomènes intermittents qui consistèrent en particulier en lypémanie avec stupeur, en refus de nourriture et en inégalité des pupilles.

2° *Dans la forme maniaque*, l'enfant parle avec une extrême volubilité et une incohérence absolue; il est moqueur, il fait des remarques sur tout ce qui l'entoure; il prend une personne pour une autre, il prononce des mots indécents, il se livre à des actes extravagants, il manifeste des illusions, des hallucinations; il siffle, grimace, rit, jure, crache en l'air.

Brierre de Boismont a donné l'observation d'un enfant de 10 ans qui était devenu fou furieux après avoir reçu un coup sur la tête. Morel a soigné une jeune fille de 11 ans qui, à la suite de la suppression d'une maladie du cuir chevelu, avait été prise de folie furieuse et avait tenté de tuer sa mère et sa sœur.

J'ai vu plusieurs de ces cas dans lesquels il n'existait pas ou que peu de fièvre.

Les états de folie maniaque ne produisent parfois aucun trouble définitif des facultés; tantôt, au contraire, ils laissent après eux un affaiblissement de l'intelligence.

Ainsi, je voyais récemment une enfant, fille d'un buveur de profession mort à Bicêtre, qui est devenue subitement aliénée à l'âge de 4 ans et est tombée alors dans

un état d'agitation maniaque qui a duré un mois et qui a déterminé l'arrêt des facultés intellectuelles et de la dysphasie.

B. Dans la folie partielle, l'enfant peut être extatique, être en proie à des idées d'homicide, d'incendie, de vol, à des conceptions délirantes, démonomaniaques; son délire est le plus souvent intermittent et accompagné ou non d'hallucinations ou d'impulsions irrésistibles.

C'est dans la folie partielle qu'il faut ranger ces cas singuliers de suicide chez les enfants, suicide quelquefois précédé d'écrits où perce la plus grande exaltation; ainsi chez cet enfant de 13 ans qui s'est pendu en laissant un écrit commençant par ces mots : « Je lègue mon âme à Rousseau et mon corps à la terre. »

C'est encore, Messieurs, dans cette variété d'aliénation mentale qu'il faut faire rentrer les épidémies de folie qui ont sévi, principalement dans le moyen-âge, sur des milliers d'enfants de 8 à 12 ans, et que Calmeil a décrites de la façon la plus intéressante.

Si maintenant nous en venons à examiner l'influence et la détermination vésanique que produit chacune des principales causes, nous verrons que l'onanisme provoque ordinairement de la folie partielle.

Voici une petite fille qui est atteinte de cette variété de folie :

La physionomie est triste; l'enfant est assaillie, à intervalles assez éloignés, par des hallucinations de la vue et de l'ouïe qui l'effrayent et lui imposent l'immobilité. Elle voit une demoiselle qui change de costume; elle entend dire que cette demoiselle est le Saint-Esprit. Elle est tombée à plusieurs reprises dans un état d'exaltation maniaque transitoire.

Sous l'influence de cet état morbide, les facultés intellectuelles et morales de l'enfant s'affaiblissent ou ne se développent pas; elle apprend difficilement à la classe des enfants, elle se montre revêche et très-irascible.

Quelques-uns de ces jeunes malades se distinguent, en effet, par une incroyable irascibilité et par un tremblement rhythmique des mains, formé de légères secousses musculaires. D'autres s'en vont de ci, de là, ne sachant se conduire, se heurtant de tous côtés, parce qu'ils sont sous l'influence continue d'hallucinations et d'illusions, et plongés dans une sorte de vague de l'esprit. C'est ainsi que, chez un enfant de Bicêtre, la folie avait débuté par une grande irritabilité, des actes de méchanceté et des peurs telles, qu'il s'échappait de chez ses parents, criant au voleur dans les rues. Lorsque je le vis, il présentait un tremblement général, des secousses des membres, un état de stupeur, d'immobilité, qui était parfois remplacé par de l'exaltation maniaque furieuse pendant laquelle il menaçait. Il répondait brièvement à mes questions, et assez pour me prouver qu'il était intelli-

gent et suffisamment instruit pour son âge. Il manifestait un vif sentiment de frayeur lorsque je le touchais ou même lorsque je l'approchais, et il se sauvait alors à travers la salle, rien qu'en chemise. La physionomie était hébétée, les paupières inférieures cernées, les yeux baissés et le menton incliné sur la poitrine.

La verge était considérablement plus développée qu'elle ne l'est à l'âge de cet enfant; le prépuce était rouge, œdématié, et le siége d'une sécrétion anormale.

Sous l'influence d'une surveillance assidue, qui empêcha l'onanisme, de bains de Baréges et d'une médication tonique, cet enfant a guéri en deux mois.

L'onanisme peut déterminer encore des accès de colère, de rage, qui durent plusieurs jours et dans lesquels les enfants ont l'apparence furieuse, grincent des dents, se déchirent, se mordent, courent à tort et à travers, battent les autres enfants, se roulent à terre. J'ai vu, entre autres, des petites filles de 14 à 15 ans qui, dans cet état, se livraient en public à des actes, à des gestes indécents, proféraient des paroles ordurières, parlaient des parties génitales, les montraient et se servaient en public du premier objet venu pour se livrer à l'onanisme.

J'ai remarqué que la plupart des enfants dont la folie a été causée par l'onanisme, se livrent, pendant leur délire, à ce vice de la façon la plus éhontée.

Les petites filles que j'ai examinées dans ces conditions présentaient toutes de la tuméfaction des petites lèvres, de la rougeur de la vulve et souvent des déchirures ou l'absence de l'hymen.

Une surveillance attentive, l'emploi des toniques et de l'hydrothérapie sous forme de douches m'ont toujours le mieux réussi.

La folie causée par l'*évolution cataméniale* présente quelques caractères propres. Les malades passent facilement de l'agitation à la stupeur, et réciproquement, ou bien sont très-mobiles. Elles ont des accès convulsifs hystériformes; elles sont poursuivies quelquefois par des hallucinations terrifiantes qui les poussent au suicide.

L'aliénation mentale provoquée par la *pédérastie passive* m'a présenté dans deux cas, comme signes spéciaux, une excessive nonchalance, de la paresse, de l'insouciance, une apparence stupide, hébétée, et un véritable état d'abrutissement. Un de ces jeunes malades en était arrivé à tout laisser aller sous lui et avait par moments de la fureur accompagnée de hurlements. Le second avait des accès de peur et cherchait à se sauver, sans vêtements, refusait les aliments, déchirait, brisait tout ce qui était à sa portée, ou bien restait immobile. Des alternatives de stupeur et d'agitation persistèrent pendant la plus grande partie de sa maladie; puis il eut des intervalles lucides et enfin la guérison eut lieu.

Tous les deux présentaient du reste les signes bien caractéristiques de la pédérastie passive : anus infundibuliforme, béant, éraillé, rouge, douloureux à explorer.

L'un de ces malades était fils d'une aliénée ; le second avait pour ascendants directs deux migraineux.

Le premier, devenu stupide, gâteux et abruti, n'a pas guéri.

Le second, traité par des toniques, du sulfate de quinine, des vésicatoires aux mollets, a guéri.

Les folies *par intoxication* ne m'ont pas paru revêtir une forme différente chez l'enfant et chez l'adulte.

Les cas d'aliénation mentale produite par l'alcool, le plomb et le sulfure de carbone que j'ai observés ne m'ont présenté rien de spécial à l'enfance comme symptomatologie et comme thérapeutique. Il en est de même des folies épileptique et hystérique.

XI

De la folie causée par le siége de Paris et par la Commune.

Messieurs, j'ai l'intention de vous faire passer, aujourd'hui, sous les yeux plusieurs cas d'affections mentales qui ont trouvé, dans les phases inouïes que notre pays vient de traverser, toutes leurs causes d'origine et de développement. Ce n'est pas en moi, croyez-le bien, un simple désir d'ajouter quelques traits à ces tristes tableaux, et d'exciter gratuitement votre curiosité par cette exposition de quelques conséquences bien douloureuses du siége et de la Commune.

Si je n'ai pas craint de sembler peut-être rechercher le bénéfice facile de l'intérêt d'une telle revue rétrospective, c'est que j'ai trouvé là des observations qui sont d'une certaine utilité pour la discussion de points assez importants de la pathogénie des affections mentales.

Tout d'abord, Messieurs, il est une question préjudicielle qu'il me faut résoudre devant vous.

On a dit, et vous avez entendu dire, qu'à Paris, le nombre de ceux qui avaient perdu la raison au milieu des désastres de la patrie, est bien moins considérable qu'on aurait pu l'imaginer; mais on me paraît avoir surtout établi cette allégation sur des statistiques faites dans des établissements qui reçoivent les individus aisés ou riches. Appliquée à ce cas spécial, cette remarque est exacte, j'en conviens, parce que la plupart des personnes appartenant à ces classes, ont pu quitter Paris après le siége, se reposer, se reconstituer et échapper aux vexations qu'ont eu à supporter ceux qui sont restés dans Paris sous la Commune. Mais on ne saurait plus l'admettre à l'endroit des indigents et de ceux dont les ressources, reposant sur le travail journalier, ne leur ont pas permis de quitter Paris. Ceux-là, et principalement les femmes, ont été éprouvés en grand nombre.

Ceci posé, j'aborde l'examen d'un principe de pathogénie généralement admis en pathologie mentale et dont le domaine me semble avoir été étendu outre mesure, c'est, du moins, ce que j'espère vous démontrer, justement à l'aide d'observations relatives à plusieurs malheureuses victimes du premier ou du second siége.

C'est un article de foi devant lequel se sont inclinés beaucoup d'aliénistes depuis longtemps déjà, que toute folie simple relève en dernière analyse de l'hérédité ou de l'idiosyncrasie; pour eux, ces causes prédisposantes sont tout, les causes occa-

sionnelles presque rien, pas même toujours l'étincelle qui allume le feu tout préparé.

Cette proposition exprime la vérité dans la plupart des circonstances.

Oui, il est bien vrai; scrutez avec soin, comme sans parti pris, les ascendants et le passé d'un individu qui vient d'être frappé d'aliénation, et le plus souvent vous retrouverez plus ou moins haut dans ses ascendants, soit paternels, soit maternels, la preuve indiscutable de l'hérédité, comme aussi vous pourrez retrouver plus ou moins loin dans l'histoire fidèle de sa vie antérieure, l'indice non moins flagrant de l'idiosyncrasie déjà révélée par des paroles, des tendances, par des actes plus ou moins nombreux, plus ou moins délirants, plus ou moins remarqués.

Mais je crois fermement qu'en certaines circonstances, en dehors de toute hérédité, en dehors de toute idiosyncrasie, sans aucun avertissement antérieur, les causes occasionnelles s'accumulent, pour ainsi dire, sur un même individu, avec une énergie prolongée et toujours croissante, et peuvent atteindre le pouvoir décisif de l'hérédité et de l'idiosyncrasie.

Or, Messieurs, songez un seul instant à cet espace de temps qui s'étend de juillet 1870 à juin 1871, et dites-moi s'il fut jamais un concours d'événements plus aptes à constituer un programme suivant lequel les causes occasionnelles, contingentes, accidentelles, suffisent à elles seules pour briser un ressort, même bien trempé, d'une intelligence humaine.

Ces défaites sur défaites au lendemain même des espérances les plus vives, en apparence les mieux fondées, au milieu des rêves, les plus caressés, de cette gloire militaire qui exalte jusqu'aux plus vulgaires esprits; puis ce siége de cinq mois, avec ces alternatives d'illusions toujours déçues et de désespoirs toujours croissants, avec les gardes aux remparts, les longues stations aux portes des marchands, les alarmes des émeutes, la famine, l'hiver sibérien, le bombardement et la capitulation finale, seule récompense de tant d'infortunes et de tant d'efforts.

Puis, sans trève, la guerre civile, et quelle guerre civile ! succédant à la guerre contre l'étranger, la Commune où les esprits déjà frappés, ont pu sombrer définitivement dans les privations continuées, les passions politiques poussées jusqu'à la fureur, l'alcoolisme, la terreur des fusillades dans les rues, les perquisitions faites par les insurgés dans les maisons; des assassinats publics, des incendies organisés.

De toutes les causes morales et physiques qui peuvent troubler l'harmonie des forces cérébrales, soit par des fatigues fonctionnelles exagérées, soit par l'usure organique, aucune n'a manqué à chacun des instants de ces longs mois, et, alors, la raison, le sens commun affirment qu'une telle série progressive peut conduire, sans rien de préalable, un esprit donné jusqu'à la folie; et, ici, comme toujours, la raison, le sens commun, sont d'accord avec les résultats de l'observation.

Sans doute, parmi ceux qui ont le plus souffert, tous n'ont pas payé de leur raison, mais c'est qu'aussi, même parmi ceux-là, tous n'ont pas enduré les mêmes privations, n'ont pas assisté aux mêmes scènes terribles, n'ont pas joué les mêmes rôles; tous, enfin, n'avaient pas la même force physique et morale à opposer aux événements.

Ainsi, pour n'en donner qu'un exemple saisissant, il est de toute évidence que les femmes ont été plus frappées que les hommes, parce que, toutes choses égales d'ailleurs, la folie trouvait de nouveaux appoints dans l'irritabilité nerveuse, dans la faiblesse physique spéciales à leur sexe.

D'une façon générale, si on pouvait dresser une balance exacte pour chacun, on pourrait voir nettement que chaque cas de folie a correspondu à un total maximum de causes, et que parfois ce maximum a pu être atteint, sans que l'hérédité ou l'idiosyncrasie figurent en rien en ligne de compte.

Encore une fois, c'est ce dernier membre de la proposition que je me propose d'élucider ici par des faits.

Voici d'abord des observations de folie par anémie ·

— Une femme de 52 ans, dont les ascendants n'ont jamais été atteints d'affection mentale, s'était toujours bien portée jusqu'en mars 1871. Jusque-là ses fonctions intellectuelles étaient restées absolument saines. Elle habitait alors Asnières. Les insurgés vinrent s'y installer, et pendant huit jours elle fut l'objet de leurs injures, de leurs menaces; elle fut surtout très-maltraitée par « un homme en blouse, à figure sinistre. » Elle dut passer les derniers jours de cette lamentable semaine dans une cave.

Quand elle en sortit, elle eut une ménorrhagie très-abondante, et le lendemain fut prise d'hallucinations de la vue : elle voyait « l'homme en blouse » dans sa chambre, partout dans sa maison, partout où elle allait. Elle voyait aussi des chats-huants et entendait le tumulte d'hommes, d'animaux qui combattaient.

A ces hallucinations s'ajoutèrent des bourdonnements d'oreilles, de l'insomnie, une mobilité incessante des idées, une sensation continue de vague cérébral, de l'amaigrissement, une pâleur considérable de la peau, un état de tristesse invincible.

C'est dans cette situation que je la vis, quatre mois après le début de ces accidents. Je la guéris par le bromure de potassium, les toniques et les ferrugineux.

— Une autre femme, âgée de 37 ans, n'ayant dans ses antécédents aucun signe d'hérédité morbide, habitait Plaisance : elle s'était toujours très-bien portée de tous points jusqu'au mois de janvier 1871. Elle fut fortement commotionnée par le bombardement prussien; en même temps, les vivres devenant de plus en plus rares, elle souffrit de la faim. Elle commença à prendre en haine son fils aîné, à chercher

querelle à tous ceux qui l'entouraient, à commettre des actes incohérents. On la vit, en plein jour, fureter dans tous les coins avec une chandelle allumée; puis elle négligea entièrement son ménage et tomba dans un mutisme complet.

Lorsque je la vis, six mois après ces événements, ces phénomènes étaient compliqués de cachexie anémique, d'hallucinations de l'ouïe, de rêvasseries constantes, de cet état de vague de l'intelligence que j'ai déjà signalé.

Jusque aujourd'hui, sa maladie n'a pas été modifiée par le haschich et le bromure de potassium, l'hydrothérapie, les dérivatifs, le fer.

— Une femme âgée de 60 ans, sans antécédents héréditaires ou idiosyncrasiques, d'une nature très-calme, habitait Neuilly pendant les combats qui s'y sont livrés en avril et mai 1871. Elle dut se réfugier dans la cave de sa maison et y rester près de deux mois. Là, elle devint profondément anémique; puis elle eut des hallucinations de l'ouïe, de nature injurieuse, et des idées de persécution : elle était dans une terreur continuelle des insurgés, tremblant au moindre bruit, croyant sans cesse qu'on venait l'arrêter, pleurant nuit et jour. Elle se laissa même souvent aller à des paroles, à des actes violents envers son mari.

La maladie a complétement cédé à un traitement tonique et ferrugineux.

— Un jeune homme de 28 ans, ne présentant, dans ses antécédents, soit personnels, soit héréditaires, aucune disposition à l'aliénation mentale, avait toujours été bien portant jusqu'au siége de Metz, où il eut beaucoup à souffrir, moralement et physiquement.

Il présenta bientôt une anémie profonde, une étrange susceptibilité de caractère, de la loquacité, des idées de persécution : il s'imaginait que des espions le poursuivaient, qu'il était trahi par ses domestiques. En août 1871, sous l'influence d'un délire hypochondriaque des plus accentués, il s'était enveloppé dans une couverture, disant que ses entrailles allaient sortir, qu'il se sentait mourir.

Il s'améliora assez promptement au moyen de ferrugineux, de bains sulfureux, d'une alimentation reconstituante.

Voici maintenant, Messieurs, trois observations de folie congestive.

— Une jeune femme de 25 ans, qui ne présentait aucune prédisposition ni dans ses ascendants ni dans son passé, s'était toujours bien portée jusqu'au 17 mai 1871, jour où la Commune a fait arrêter, comme réfractaire, son mari, qui fut conduit à la Conciergerie. Elle avait alors ses règles; la menstruation fut immédiatement suspendue.

Dès ce jour aussi, la mère a remarqué que l'intelligence de sa fille était notablement troublée; elle interpréta faussement les actes, les faits les plus simples, prit des habitudes de coquetterie outrée, frappa sa mère. Elle cessa de s'intéresser

à son mari, qui, trouvé sans papiers d'identité dans les bâtiments de la Préfecture, fut dirigé sur les pontons de Brest.

La folie de cette femme s'est caractérisée de plus en plus par des craintes imaginaires, des hallucinations de nature terrifiante, un état lypémaniaque très-accentué qui dure encore.

— Une autre femme, âgée de 42 ans, sans aucun antécédent de folie ni de névrose, de bonne santé habituelle, d'un caractère doux, travailleur, habitait Plaisance avec son mari, au moment de l'insurrection de mars 1871.

Pendant les deux jours qu'on se battit dans Plaisance même, sa folie débuta par des actes religieux excessifs consistant surtout en signes de croix, en génuflexions continuelles. Le troisième jour, elle se barricada dans sa chambre, poussant des cris, cassant la vaisselle: il fallut forcer la porte pour entrer.

Aujourd'hui, la maladie consiste en une folie lypémaniaque et de persécution dans laquelle cette femme se montre turbulente, violente, injurieuse, surtout sous l'empire d'hallucinations terrifiantes.

MÉDECINE DE PARIS

— Une femme de 45 ans, rentrant chez elle, sous la Commune, ne trouva plus rien de son mobilier qui venait d'être enlevé par les insurgés. Elle était à une période cataméniale: le jour même, les règles se supprimèrent, puis, aussitôt, cette femme tomba dans la mélancolie, cessa de s'occuper de son ménage, restant des heures entières immobile et muette. Son mari dut la soigner comme on soigne un enfant.

Tel était son état lorsque les insurgés vinrent chercher son mari pour le forcer à se battre contre la troupe. Cet homme put s'échapper et rentrer chez lui après une heure d'absence; mais il trouva sa femme dans un état d'agitation extrême, ne parlant que de prison, d'incendies, de mort. Le lendemain, l'agitation avait encore augmenté, et la malade tenta de se jeter par la fenêtre, puis de se donner un coup de couteau.

Aujourd'hui, la folie est simplement lypémaniaque et accompagnée d'hallucinations de l'ouïe de nature pénible.

Chez une autre femme encore, il a été imposible de découvrir la moindre influence exercée par l'hérédité ou l'idiosyncrasie.

Voici, Messieurs, un exemple de folie par irritation sensorielle.

— Je commence par vous dire que la même remarque que je faisais à la fin de l'observation précédente est applicable à la malade dont il s'agit ici.

Une femme âgée de 53 ans était atteinte depuis l'âge de 15 ans de surdité incomplète causée par le bruit d'un coup de fusil tiré auprès d'elle; depuis, elle avait eu aussi presque continuellement des bourdonnements d'oreilles.

Pendant l'insurrection de mars 1871, des obus éclatèrent près d'elle; elle en fut profondément troublée. Presque aussitôt, elle eut des hallucinations de l'ouïe, entendit des voix qui partaient des murs; puis, insensiblement, elle en arriva à rester indifférente aux choses de son ménage, à passer les nuits, comme les jours, à s'agiter, à crier, à chanter.

Aujourd'hui, la maladie se borne à des hallucinations de l'ouïe et à de l'excitation par moments.

Je soigne cette femme par les purgatifs, par des cautères placés derrière chaque oreille.

J'ai eu aussi l'occasion d'observer une hystéro-épilepsie accompagnée de désordres intellectuels, développée dans les mêmes conditions.

— Une jeune fille de 17 ans, qui ne présentait aucune prédisposition, traversait avec sa mère la rue de Grenelle pendant que les troupes de Versailles entraient dans Paris : un obus vint éclater à quelques pas, tuant la mère, qui fut décapitée, sans même blesser la fille. La malheureuse enfant fut prise aussitôt de syncope, de tremblement, et, dans la même journée, d'une attaque hystéro-épileptique qui fut suivie d'autres, au nombre de deux à six par jour; dans l'intervalle des accès, la malade, les yeux hagards, restait plongée dans la stupeur, ou bien riait pendant des heures entières; étrangère à tout ce qui se passait autour d'elle, et devenue paraplégique, elle avait complétement perdu le souvenir de la catastrophe qui l'avait mise dans un tel état. Elle resta ainsi quatre mois, soignée à l'eau sédative par un charlatan.

C'est alors que je la vis; j'administrai le bromure de potassium; les accès diminuèrent en nombre et en intensité; l'intelligence revint insensiblement.

Restait, après huit mois de maladie, la paraplégie, dont je confiai la cure à mon interne. Les premières séances d'électrisation sur les membres inférieurs et la colonne vertébrale furent difficilement supportées; deux fois elles déterminèrent des attaques d'hystérie, mais, en persistant, nous arrivâmes à faire tolérer les courants électriques induits et à réveiller les mouvements des membres inférieurs. La malade put faire quelques pas dans la rue en s'aidant de deux bras; enfin, à la suite d'un petit accès hystérique, elle recouvra intégralement l'usage de ses jambes.

Aujourd'hui, la santé de cette jeune fille n'est guère plus troublée que par une excitation légère survenant un peu avant les règles.

Je termine enfin, Messieurs, par une observation de paralysie générale puisée à la même source.

— Une femme de 40 ans, sans influence héréditaire ou idiosyncrasique, s'était signalée sous la Commune, comme vivandière, par son zèle ardent, et par des actes d'intempérance excessive. Dans les derniers jours de la Commune, elle servit

sur une des canonnières du Point-du-Jour, et l'insurrection vaincue, elle sortit de Paris avec des insurgés, se rendit à Bourges, où elle coopéra à l'incendie de monuments, puis revint à Paris, où elle fut prise d'une excitation des plus violentes, qui la fit conduire ici. La malheureuse, la face congestionnée, en proie à des hallucinations terrifiantes de l'ouïe et de la vue, gesticulait, vociférait sans relâche. J'ai écrit pendant quelques instants les paroles qu'elle prononçait et qui, malheureusement, se rapportent à des faits vrais dans lesquels elle a rempli un rôle actif avec son mari. Je vais vous les lire, pour vous donner une idée exacte de l'exaltation effroyable de cette malade. Voici :

« Nous avons renfermé la France; nous allons mettre de côté, parce qu'il y a de l'or dessous. Nous allons mettre le feu.

« Nous n'avons que la peine de bourrer les canons. La canonnière est à Bourges.

« — D. Qui a mis le feu?

« — R. Moi, donc (en disant cela, elle s'exalte, et sa physionomie rayonne d'une joie sauvage).

« Nous avons fait brûler toutes les maisons, et c'était-il beau! nous avons fait un beau feu d'artifice, nom de Dieu!

« Nous avons mis le feu dans le fourneau, puis nous l'avons renversé, et le feu a pris.

« Nous avons mis le pétrole sur les murs. Que c'était beau!

« Léonie, Madeleine, Alexandrine, ont mis le feu.

« Nous avons brûlé les murs.

« Nous avons trouvé des louis; ils sont tous à *yeur* place.

« Ça a flambé. Nous avions les fourneaux tout prêts.

« Il a fallu faire le feu d'artifice sur la place. Alexandrine nous mettait à nos places. Nous avions des outils. Voilà Madeleine arrivée. C'est nous les premiers.

« C'était très-amusant! il n'y avait rien de plus beau!

« Nous avions du vin de Bordeaux.

« Nous brûlerons l'eau. Nous brûlerons la Loire pour en faire une bassinoire.

« Nous avons mis des fourneaux dans les égouts.

« Si on mettait le feu, ça irait mieux, on trouverait tout facilement.

« C'est moi qui ai placé toutes les cartouches.

« Madeleine avait sa lunette d'approche et son fusil. La canonnière, c'est Madeleine, ah! ah! c'est si beau! (Elle chante.) La canonnière! marche canonnière!!!

« Nous avons mis le feu à la tour de Bourges; nous avons mis le feu aux cloches; nous disions : ça fera de l'argent. *Nous allions à la Butte.*

« On a éteint le feu; nous nous sommes en allés.

« Léonie balance la Seine; elle est dans la Seine.

« — D. Qu'alliez-vous faire à Bourges?

« — R. Chercher l'argent en dessous... C'était rempli d'argent; c'était tout en or. Madeleine met le feu aux fourneaux. C'était-il beau! sur les arbres, c'est rien que des pompons.

« Nous avons qu'à prendre, nous avons qu'à faire un feu d'artifice tout le temps; nous ferons notre quartier; nous partagerons.

« X..., c'est lui qui nous mettait le feu. »

Elle resta ainsi huit jours sans le moindre calme. Un soir, elle eut une épistaxis abondante, puis succomba quelques instants après comme sidérée.

A l'autopsie, nous trouvâmes une hémorrhagie méningée très-considérable et les lésions caractéristiques de la paralysie générale au début.

Voilà, Messieurs, parmi les malades que j'ai reçues dans mes salles ou que j'ai eu à soigner ailleurs, quelques-uns des cas les plus convaincants de folie rapide survenue sous l'influence de causes purement occasionnelles.

Messieurs, un mot encore avant de finir: J'ai pensé qu'il vous serait d'une certaine utilité de voir nos aliénées aller ailleurs que dans cet amphithéâtre où leur allure naturelle peut se trouver modifiée, de les voir dans leur milieu propre, dans les cours, les dortoirs, les chalets où elles sont habituées à recevoir quotidiennement la visite du médecin et des élèves.

Vous savez, Messieurs, qu'à ce propos les avis sont partagés : parmi les aliénistes également recommandables, les uns pensent qu'il est dangereux, les autres admettent qu'il est indifférent, pour les aliénés, d'être entourés, chaque matin, par un certain nombre de personnes. Je crois qu'il est, ici, un juste milieu à observer et qu'il n'y a aucun inconvénient pour nos malades à ce qu'une fois par semaine quelques-uns d'entre vous assistent à la visite. L'Administration a partagé cette manière de voir.

Vous pourrez tous ainsi, à tour de rôle, prendre une connaissance plus complète, plus intime, plus réelle, des malades de notre service.

XII

Folie tuberculeuse.

Messieurs, dans le cours des recherches que j'ai faites, il m'est arrivé de pouvoir observer des cas qui tiennent, d'une part, de la paralysie générale par quelques symptômes et par quelques lésions; d'autre part, de la folie simple monomaniaque par quelques signes, et qui, cependant, diffèrent de ces deux classes principales par leur nature, leur marche, et par les lésions anatomiques.

Ces cas doivent, ainsi que je vais vous l'exposer, être rattachés à la tuberculisation, et pourraient être désignés du nom de folie tuberculeuse.

Je ne prétends pas vous parler de faits qui n'ont jamais été entrevus; je sais que la tristesse, une sorte de mélancolie, accompagne ordinairement la tuberculisation pulmonaire commençante; je sais que le délire est observé dans la méningite tuberculeuse, et qu'il y a un moment où l'on remarque, chez les enfants atteints de cette dernière maladie, moins de netteté dans les idées; je sais aussi que le délire a été décrit chez des tuberculeux dont l'affection est arrivée à une période avancée; mais je n'ai en vue qu'une variété de folie que j'appelle tuberculeuse. Je vous décrirai ses lésions spéciales, ainsi que les différences qui la séparent d'autres folies, tout en ne dissimulant pas les différences du diagnostic.

La *folie tuberculeuse* est *toujours de forme lypémaniaque;* elle suppose des antécédents héréditaires ou même personnels, tuberculeux ou névropathiques.

Les symptômes mentaux les plus importants consistent ordinairement, sinon toujours, en hallucinations, *de la vue surtout*, de nature terrifiante ou triste; en agitation, en stupeur consécutives; en violences, en menaces, en idées de suicide. Ces phénomènes mentaux sont quelquefois compliqués d'une céphalalgie lourde dont les malades parlent dans les moments d'amélioration.

J'ai examiné, avec le docteur Galezowski, les papilles optiques de l'une de ces malades qui avait des hallucinations de la vue et de l'amblyopie; nous n'y avons pas vu de lésions. Les tracés sphygmographiques ne m'ont rien appris dans ces cas.

Je ne vous exposerai pas en détail toutes les formes secondaires que présente le délire de ces malades, et les idées variées de persécution qui les poursuivent; de même que, dans les autres variétés de folie, il existe des conceptions délirantes primaires, et d'autres secondaires, tertiaires, etc.

Cette variété de folie s'accompagne quelquefois (et c'est là une de ses particula-

rités) d'idées de satisfaction, de richesse, qui font qu'il est alors difficile de la distinguer de la paralysie générale ; ainsi, une malade parlait de 32 millions qu'elle avait payés ; elle parlait des princes d'Orléans, dont elle confectionnait « toutes les brosseries. » Mais cette femme n'a jamais présenté d'inégalité pupillaire, de trouble de la parole, de tremblement de la langue et des lèvres, de perte de la mémoire, et enfin de perte du sens de l'odorat, signe que je considère comme un des plus importants pour la reconnaissance de la paralysie générale au début, parce que, lorsqu'il existe, il est le résultat du ramollissement des nerfs olfactifs, consécutif luimême à l'inflammation des méninges qui couvrent les circonvolutions satellites des nerfs olfactifs. En dehors de certaines conceptions délirantes, telles que ces idées de grandeur, que la croyance que son mari est fou ; qu'*il a*, selon son expression pittoresque, *passé par un champ de fèves*, cette malade était une monomane dans toute l'acception du mot.

La folie tuberculeuse se rapproche bien plutôt de la folie simple névropathique par ses symptômes, sa tournure d'ensemble ; mais, d'un autre côté, on observe des signes spéciaux, au point de vue de la détermination de lésions cérébrales et spinales, de nature tuberculeuse ; ainsi, ces malades ont eu, ou bien ont du prolapsus de la paupière supérieure, des paralysies partielles et incomplètes d'un nerf de la face, des nerfs d'un membre supérieur. Ils ont encore des vomissements, des périodes de fièvre intense, de la fièvre le soir (jusqu'à 39° dans l'aisselle) et des sueurs nocturnes.

La maladie procède par accès qui se reproduisent à des intervalles très-variables, et dont la physionomie indique suffisamment, chaque fois, un état fébrile pendant les accès ; les pupilles sont dilatées.

J'ai vu deux de ces malades, dont l'affection ressemblait à la folie *névropathique*, présenter, à certains accès, de l'*amblyopie*, de l'*impossibilité* de distinguer les couleurs, en même temps que de la faiblesse du membre supérieur gauche, et de la fièvre.

Ces malades ont souvent des *abcès* de longue durée, à tendance fistuleuse, des caries osseuses de nature tuberculeuse, des eschares au *coude*, avec lésions de l'olécrâne ; leur maigreur est grande, la peau pâle, fine.

On constate, au sommet des poumons, des signes d'induration pulmonaire, et même de ramollissement du tissu.

La laryngite chronique est fréquente chez eux ; la poitrine est plus ordinairement étroite, les ongles hippocratiques.

Des symptômes graves du côté de la moelle épinière, ont éclaté chez une de mes malades, âgée de 38 ans, et ils ont facilité mon diagnostic.

Elle présentait, depuis quinze jours à trois semaines, un état apyrétique, affirmé par deux médecins qui l'avaient soignée, un amaigrissement considérable, des hal-

lucinations de l'ouïe, des idées tristes, suivies de tentatives de suicide et de l'agitation excessive, alternant avec de la stupeur anxieuse, du prolapsus des paupières supérieures.

Je constatai, à mon premier examen, des signes d'infiltration tuberculeuse au sommet d'un poumon. Il survint des vomissements, une fièvre assez intense et, plus tard, une parésie partielle d'un membre; de l'hyperesthésie spinale très-vive, des douleurs en ceinture, de l'hyperesthésie *croisée* excessive du membre inférieur droit et du membre supérieur gauche; de la précipitation et une irrégularité considérable des battements du cœur, et des syncopes de la nature la plus grave, symptômes qui me permirent d'affirmer qu'une poussée tuberculeuse spinale était venue compliquer la tuberculisation cérébrale. L'autopsie le démontra après deux mois et demi de maladie. Voici des dessins faits sur les pièces fraîches :

Première forme de lésions. — Je pus observer chez elle une *première forme* des lésions anatomiques de cette folie. De la méningite était plus spécialement manifeste au niveau des circonvolutions pariétales. On trouvait quelques tubercules miliaires, arrondis, demi-transparents, grisâtres, du volume de petites têtes d'épingles, dans l'épaisseur de la pie-mère qui longe la scissure de Sylvius (leur siége de prédilection), et d'autres dans l'espace interpédonculaire. Il en existait encore dans la pie-mère qui tapissait la face postérieure de la moelle épinière (régions cervicale et dorsale); cette membrane était notablement hypérémiée, mais peu épaissie dans les parties mêmes où je trouvai du tubercule.

Deuxième forme de lésions anatomiques. — La *méningite* chronique peut exister chez les malades sans qu'on trouve des granulations miliaires dans la pie-mère, mais j'en ai alors rencontré dans la substance corticale.

J'ai consigné ici quelques détails empruntés à la relation d'une autopsie présentée à la Société anatomique en 1872, en mon nom et au sien, par M. Hanot, interne des hôpitaux, attaché à mon service.

Cette relation montre des lésions cérébrales dont l'existence et la nature n'auraient pu être soupçonnées sans le microscope. (Obs. I.)

Troisième forme de lésions anatomiques. — La *lésion tuberculeuse* s'est présentée à moi sous une *troisième* forme, en petites masses, du volume d'un pois, qui s'étaient creusé une loge dans la substance corticale. Outre les lésions *cérébro-spinales*, ces aliénés offrent des lésions viscérales et osseuses de nature tuberculeuse.

Les faits que je viens de vous exposer m'ont paru présenter un certain intérêt, et par l'appui qu'ils apportent aux opinions controversées de M. Moreau (de Tours), et par leur importance propre.

M. Moreau s'est efforcé, en effet, dans ses travaux sur la psychologie morbide et sur l'hérédité, de faire ressortir l'influence héréditaire de la phthisie sur le déve-

loppement de la folie. Cette pensée, déduite avec réflexion de nombreuses observations, a été tout d'abord rejetée comme hypothétique; mais l'attention avait été attirée sur ce point de doctrine, et un nombre suffisant de médecins en ont, depuis, reconnu la justesse.

Il est aussi certain que la folie et la phthisie présentent une alternance véritable.

Nous avons tous pu observer des cas d'individus guérissant de la folie pour mourir de phthisie pulmonaire, et réciproquement. Guislain a vu une femme qui, à la suite d'une grande frayeur, tomba dans une mélancolie avec stupeur qui dura quatre ans : au bout de ce laps de temps, elle fut prise de phthisie pulmonaire, et la folie cessa. L'alternance se reproduisit trois fois.

J'ai vu moi-même une jeune femme qui, à deux reprises différentes, offrit les symptômes les plus graves de tuberculisation pulmonaire aiguë, et qui, à deux autres reprises différentes, fut prise de folie lypémaniaque suraiguë, en même temps que les symptômes pulmonaires graves cessaient.

Schroder van der Kolk a donné de ces faits une explication qui paraît bien hypothétique, et que mes recherches anatomo-pathologiques n'ont point confirmée.

Pour lui, la folie, ainsi que la tuberculisation pulmonaire, sont la conséquence d'un excès d'excitabilité du bulbe et du pneumo-gastrique.

De même que la maladie de poitrine doit être alors considérée, dit-il, comme le symptôme périphérique d'une affection de la moelle allongée, aussi bien que de la glycosurie, de même la folie est, dans ces cas d'alternance, la conséquence d'un état morbide du bulbe.

L'explication, tout ingénieuse qu'elle est, ne me semble pas pouvoir tenir devant les faits nombreux de délire et de folie cédant momentanément à une affection intercurrente fébrile non tuberculeuse, à une fièvre éruptive, à un rhumatisme articulaire aigu, à une suppuration abondante, et devant les observations où l'on constate en même temps des phénomènes pulmonaires et cérébraux, et enfin devant le résultat des autopsies que j'ai faites dans ces cas de folie, à savoir : que les poumons, le cerveau et ses enveloppes sont atteints de tubercules pulmonaires. Il y a, du reste, des faits d'alternance apparents qui peuvent dépendre d'une plus grande intensité passagère des phénomènes dans un organe ou dans un autre.

Morel a observé aussi deux cas de folie chez des tuberculeux, et il pense que le trouble mental peut tenir aux désordres que la difficulté de la respiration doit amener dans la circulation et dans la nutrition du cerveau, et parfois à une méningite tuberculeuse; mais Morel pensait surtout que la folie pouvait survenir chez des phthisiques épuisés par des hémoptysies et des hémorrhagies, et tel n'est pas le mode pathogénique qui fait l'objet de ma leçon.

A la réalité d'une folie tuberculeuse, déterminée *primitivement* par la tuberculisation, on pourrait m'opposer que j'ai observé quelques-uns de ces aliénés, devenant

vers la fin, et par le fait des progrès de la maladie, atteints de tubercules pulmonaires.

Ce ne sont pas ces cas que j'ai en vue, mais seulement *ceux* où, dès l'origine de la folie, et bien avant la cachexie qu'elle amène à la longue chez quelques malades, l'aliénation mentale et la phthisie pulmonaire marchent de pair, et viennent confirmer une fois de plus ce grand principe d'observation découvert par M. Louis, que les poumons présentent toujours du tubercule lorsqu'il en existe dans d'autres organes.

Les faits dont je parle n'ont pas davantage de rapport avec les cas de paralysie générale, où l'on observe, sur l'épendyme des ventricules latéraux et du quatrième ventricule, les granulations transparentes fines décrites par Joire.

Cet exposé historique et critique me semble laisser entière cette variété de folie tuberculeuse qui, avec ses caractères anatomo-pathologiques, se rapproche de la méningite tuberculeuse plus que du tubercule isolé, et qui la font ressembler, à ce point de vue anatomique, à la paralysie générale, quoiqu'elle en diffère par ses symptômes.

Les recherches anatomiques récentes de Grancher et de Thaon, sur le tubercule et sur l'inflammation spéciale dont il est la manifestation, m'autorisent, du reste, à penser que les malades seraient probablement devenus paralytiques généraux, si la maladie inflammatoire cérébrale n'avait pas trouvé chez eux un terrain favorable au développement du tubercule; et, comme appui à mon opinion, j'ajouterai que ces aliénés présentent de temps en temps de l'excitation cérébrale, des violences subites, des cris, sans rapport avec des hallucinations, qui sont le fait de congestions cérébrales, qui s'accomgagnent de *fièvre*, et qui présentent de l'analogie avec certaines poussées congestives que l'on observe chez des paralytiques généraux.

Le traitement qui réussit le mieux consiste en application de vésicatoires permanents à la nuque et à l'occiput, préalablement rasés; en préparations sédatives du cœur et du système circulatoire.

Mais l'état aigu et le délire même passés, les malades conservent un état d'infériorité mentale qui les rend incapables de rentrer dans la société ou d'y reprendre avec fruit leurs occupations. Il survit une sorte d'enfantillage. La spontanéité, l'esprit d'initiative manquent; leur physionomie reste tout à la fois étonnée et mélancolique; leur maintien est raide et sans souplesse, et, enfin, tout en reconnaissant qu'ils ont été malades, ces aliénés se souviennent incomplétement de leurs hallucinations et de leurs conceptions délirantes passées.

En résumé, il existe une variété de folie tuberculeuse des adultes, caractérisée par du délire lypémaniaque, des hallucinations de la vue seulement, des conceptions délirantes de nature triste qui poussent les malades au suicide, rarement par des idées de richesse, et qui se reconnaît, d'un autre côté, à des symptômes appar-

tenant à la méningite tuberculeuse, tels que des parésies partielles de la face et des membres, à la tuberculisation des poumons et des os, et à la méningite spinale tuberculeuse; ou bien les lésions anatomiques sont comparables à celles de la paralysie générale; mais elles s'en distinguent par l'existence de granulations tuberculeuses dans les capillaires de la substance corticale; ou bien les altérations anatomiques sont celles de la méningite cérébro-spinale tuberculeuse; ou bien encore elles consistent en petites masses tuberculeuses isolées, visibles à l'œil nu dans la substance corticale.

Cette variété de folie peut être arrêtée dans sa marche, mais les malades conservent de l'infériorité mentale qui atteste que la substance cérébrale a subi une lésion définitive.

Cette variété de folie n'a aucun rapport avec la folie qui survient chez les malades atteints de tuberculisation pulmonaire à une période avancée de leur affection. Les lésions sont alors celles que j'ai décrites plus haut (1) et dans mon mémoire lu à l'Association pour l'avancement des sciences (2).

Voici quatre observations à l'appui :

Obs. I. — *Folie héréditaire. — Tuberculose cérébrale, pulmonaire et osseuse. — Folie lypémaniaque. — Hallucinations. — Quelques idées de grandeur. — Agitation excessive. — Formation de nombreux abcès. — Mort. — Autopsie. — Tubercules pulmonaires cérébraux, osseux, méningo-encéphalite tuberculeuse.*

La nommée R..., âgée de 38 ans, est entrée dans mon service de la Salpêtrière le 10 avril 1872, dans un état d'agitation des plus grandes. — Sa taille est moyenne; elle est maigre, très-mobile, parle continuellement à voix basse. Le crâne est petit, rond; les oreilles sont fines; la gauche surtout est comme évidée. Les traits sont réguliers; les pupilles égales, contractiles, moyennes; la vue, l'ouïe et l'odorat sont normaux.

La langue tirée hors de la bouche ne tremble pas. Pas de ganglions cervicaux postérieurs; la force musculaire des membres est grande.

Pas d'hyperesthésie le long de la colonne vertébrale. Ecchymoses nombreuses sur le tronc. Pas de souffle anémique ni organique au cœur, ni au cou. Difficulté d'examiner les sommets des poumons. Pas d'augmentation de volume du foie. La miction urinaire et la défécation ne présentent rien d'anormal.

La parole est très-nette. La malade parle de machinations dont elle a été l'objet, de gens qui la poursuivent, de voix qu'elle entend, de coups de pied, de violences dont elle est l'objet.

Elle passe très-rapidement d'un sujet à un autre, elle parle de quatre commissaires. « On

(1) Voy. page 53.
(2) *Association française pour l'avancement des sciences : Congrès de Bordeaux* (1872).

m'a tuée, dit-elle, on m'a étranglée. » Puis elle parle de son mari, avec lequel elle a toujours été heureuse, riche, en travaillant toujours chez des personnes bien élevées.

De temps en temps, elle pleure à chaudes larmes, « dit que son mari est tombé en enfance *d'un seul coup.* » Il a reçu un coup à la tête, et puis aussi, c'est, dit-elle, la fermentation des fèves. »

Elle nous explique cette expression en disant que la fermentation des fèves donne des congestions cérébrales et qu'elle a lieu au printemps. « Ça fait, ajoute-t-elle, tomber d'apoplexie foudroyante les gens ahuris et faibles d'esprit. »

Elle nous dit que sa mère est morte de fluxion de poitrine; son père, d'une tumeur du foie; qu'elle est l'aînée de six enfants; qu'elle a une sœur avec laquelle elle est brouillée; puis elle interrompt ce récit pour nous parler du duc d'Aumale, du prince de Joinville, « dont elle confectionne toutes les brosseries. » Elle n'a aucunement conscience de son état maladif.

Diamètre antéro-postérieur maximum	163 millim.
— bi-pariétal —	141 —
Courbe occipito-frontale totale	300 —
Circonférence horizontale totale.	550 —
— — à sa partie antérieure. .	250 —

Température en arrière de l'oreille droite . . .	35°4
— — de l'oreille gauche. . .	34°8
— axillaire.	37°2

J'apprends quelques jours après, par son mari, qu'un de ses frères s'est asphyxié étant fou, qu'une de ses sœurs a eu des attaques convulsives et a été aliénée pendant huit jours; qu'elle-même a eu une pleurésie à droite; qu'elle a toujours été chétive; qu'elle a toujours été excessivement portée aux plaisirs sexuels; qu'elle est bavarde, que son langage est exalté. Aménorrhée depuis onze ans. Pendant le siége, elle a commencé à parler d'une façon incohérente et intempestive, à voir la nuit des fantômes et un homme qui devait l'arrêter; elle s'est encore exaltée pendant la Commune.

Traitée par des bains. Aggravation depuis trois mois. Enfin, il y a quinze jours, elle s'est livrée à des violences envers son mari, contre sa sœur, contre un jeune apprenti.

Il y a dix jours, elle a eu des hallucinations très-intenses de la vue; s'est livrée avec son mari à des plaisirs sexuels effrénés; et le lendemain, elle s'est laissée aller en public à des actes impudiques vis-à-vis de jeunes garçons. Elle a dit en dernier lieu, à son mari, qu'elle avait gagné 32 millions (c'était 32 sous).

Traitement. — Bains, injections sous-cutanées de morphine. Application d'un vésicatoire à la nuque, préalablement rasée.

15 avril. Je constate aux sommets pulmonaires des râles fins et disséminés, et des signes d'induration pulmonaire peu avancée.

13 mai. Même agitation. Diarrhée abondante.

5 juin. N'est plus agitée.

12 juin. Œdème des deux jambes. Urine anémique, non albumineuse, mais renfermant beaucoup de chlorure de sodium.

17 juin. Râles sous-crépitants à la partie antéro-supérieure du poumon droit. Souffle tubaire à la partie postéro-supérieure du poumon gauche.

18 juin. Agitation grande. Temp. axill., 38°.

Je constate l'existence d'un abcès au coude droit, et l'abcès ouvert, de la carie de l'olécrâne.

22 juin. Plusieurs abcès sous-cutanés, du volume d'une noix, se sont formés à l'épaule droite, à la fesse gauche, à la cuisse droite. Fièvre. Langue sèche, fuligineuse ; diarrhée et vomissements alternatifs. Amaigrissement considérable. Appétit conservé.

24 juin. Formation de nouveaux abcès au cuir chevelu et dans le tissu cellulaire des membres. Même état des poumons.

29 juin. État général aussi grave ; même agitation. Nouveaux abcès dans les membres inférieurs.

La température oscille entre 37°8 et 38°5, le pouls entre 90 et 116. Mêmes craquements aux sommets pulmonaires.

2 juillet. Maigreur considérable. Langue fuligineuse. Temp. axill., 38°7. Voix éteinte. Parotidite à droite.

Mort dans la journée.

Autopsie. — Dure-mère et arachnoïde cérébrales saines.

On observe des adhérences partielles des méninges à la substance corticale. Ces adhérences n'existent pas plutôt dans les lobes antérieurs que dans les lobes moyens et postérieurs ; et chacune occupe une petite surface.

La pie-mère présente encore un certain nombre de petites granulations blanchâtres disposées le long des vaisseaux.

Au niveau des adhérences pariétales, les méninges présentent de toutes petites taches de rouille qui, au microscope, sont constituées, d'une part, par une grande quantité de vaisseaux enroulés dans les parois desquels existent des noyaux fusiformes que le carmin colore, et, d'autre part, par des noyaux et des corps fusiformes que le carmin colore aussi.

Quelques-uns des capillaires présentent des dilatations ampullaires de la totalité ou d'une partie des vaisseaux.

L'examen au microscope de la substance corticale que l'on trouve adhérente aux méninges, préparée et durcie par les procédés classiques, renferme des noyaux et des corps fusiformes libres ou logés dans les parois vasculaires, qu'ils épaississent considérablement. Ce sont ces noyaux accumulés qui constituent, pour la plus grande part, les granulations de la pie-mère signalées.

Quelques préparations de cette substance corticale fronto-pariétale m'ont fait découvrir enfin des *tubercules miliaires* accolés aux capillaires, faisant corps avec eux, empiétant sur leur canal, et constitués, comme vous le savez, par une agglomération de corps fusiformes et de matière granuleuse, et ayant forme de corps ronds, à centre plus obscur que la périphérie.

En dehors des points où l'on voit ces tubercules, les parois des capillaires sont épaissies par des noyaux et des corps fusiformes disséminés ou en amas.

Un certain nombre de cellules cérébrales sont déformées, atrophiées, pigmentées.

Pas d'athéromes des vaisseaux de la base. Cœur sain.

Dans les deux poumons, mais surtout au sommet, granulations grises disséminées ; pas de

cavernes. Des deux côtés, dans le cul-de-sac diaphragmatique de la plèvre, au niveau des deux ou trois dernières côtes, vers le milieu de l'arc costal, sur une étendue de 4 centimètres environ, adhérence intime du poumon, par l'intermédiaire des feuillets pleuraux, à la face interne des côtes correspondantes.

A droite, les trois dernières côtes, au même niveau, c'est-à-dire à leur portion moyenne, sont profondément altérées sur la même étendue de 4 à 5 centimètres ; les bords, les faces, sont rugueux par places; diminution de la largeur et de l'épaisseur ; tissu raréfié, friable. En d'autres places, la plaque osseuse est épaissie par hypérostose ; en quelques endroits, au niveau de sortes de nœuds d'épaississement, on trouve ces côtes creusées de petites cavités du volume d'un gros pois, et analogues aux petites cavités qu'on observe dans les vertèbres atteintes de dégénérescence tuberculeuse; à gauche, les deux dernières côtes seulement sont altérées de la même façon, et sur une étendue de 3 centimètres.

Ces côtes baignent dans une poche de pus verdâtre épais, formée en dedans par leur face antérieure dénudée, en dehors par les fibres correspondantes du muscle grand oblique.

Nulle part, ces abcès ossifluents ne communiquent ni avec la cavité pleurale, ni avec le tissu cellulaire sous-cutané.

Les reins présentent la lésion suivante : Dans la substance corticale, à peu près à égale distance de la périphérie de l'organe et de la base des pyramides, se trouvent quelques petites masses sphériques du volume d'un pois environ, constituées par une substance semi-liquide jaunâtre ; le microscope n'y décèle que des cellules de pus. Dans le tissu conjonctif qui les enveloppe, il existe une prolifération nucléaire très-accentuée.

Les *deux apophyses* olécrâniennes sont érodées, recouvertes d'un pus visqueux, verdâtre, qui s'est insinué autour et en dehors des ligaments latéraux de l'articulation. Pas de pus dans les articulations.

Parotide droite infiltrée de pus.

Le sang n'offre pas de modification appréciable dans sa coloration et dans sa fluidité ; l'examen microscopique n'y offre rien de particulier.

OBS. II. — *Folie tuberculeuse lypémaniaque, avec hallucinations et idées de suicide. — Mort par pendaison. — Lésions tuberculeuses méningées, cérébrales, pulmonaires et laryngées.*

La nommée Col..., âgée de 29 ans, est entrée le 9 janvier 1873 dans mon service, à la Salpêtrière.

Son mari m'apprit que sa santé avait été satisfaisante jusqu'au siége de Paris par les Prussiens, mais qu'elle a eu de grandes privations à supporter ; qu'elle a subi de nombreux malaises en attendant à la porte des marchands ; qu'elle a vécu pendant plusieurs semaines de pain, d'ail et de suif, afin de laisser la viande à sa fille. Sa santé physique en a été très-ébranlée.

Le premier trouble de l'intelligence remonte à la fin du siége ; elle a dit un jour à son mari qu'elle venait de voir *son père*, lequel est mort depuis un grand nombre d'années. Puis il survint des hallucinations de l'ouïe; elle se crut empoisonnée.

Elle fut placée une première fois à Sainte-Anne en 1871, dans un état que l'on a appelé

mélancolie. Elle en est sortie au bout de quinze jours; mais depuis a conservé un fond mélancolique, s'exaspérant de temps en temps aux périodes menstruelles.

Enfin, il y a quinze jours, elle s'est précipitée sur une de ses voisines et l'a frappée d'un coup de hache.

Son mari me dit en outre que sa femme tousse et a la voix voilée depuis plusieurs années. Elle est enceinte de cinq mois. J'entends bien le bruit du cœur fœtal.

Son père et sa mère sont en bonne santé.

La malade, au moment où je l'examinai, était tranquille, très-pâle. Elle me dit qu'elle a été amenée ici non pour cause de maladie, mais parce qu'elle a frappé une voisine. Comme j'insistais pour savoir la raison de cette violence, elle me répondit : « C'est la folie, sans doute. » Elle me dit que cette femme ne lui a jamais fait de mal, qu'elle ne l'a jamais entendue lui dire des injures.

La physionomie de la malade était préoccupée, la parole brève, mais parfaitement nette, la voix enrouée comme dans les affections chroniques du larynx; la mémoire normale. Tête bien conformée; pupilles égales; ouïe et vue normales. Plusieurs ongles ont la forme dite hippocratique.

Le sommet droit de la poitrine présente à la percussion une très-légère diminution de sonorité, et le murmure respiratoire est un peu rude.

Je diagnostiquai une folie lypémaniaque d'origine tuberculeuse, me fondant sur le fait de violences subites; violences dont la malade se souvenait (ce qui exclut l'idée d'épilepsie), et qui résultaient d'excitation cérébrale que des hallucinations produisaient en partie. Or, l'excitation cérébrale me parut être chez cette femme le fait de congestion, et eu égard à la diathèse tuberculeuse dont cette femme présentait des manifestations, cette congestion me sembla être de nature tuberculeuse.

J'émis, à mon cours, l'opinion que la maladie présentait des points de rapprochement avec la paralysie générale, à cause des réponses éminemment niaises, mais que le terrain était plus favorable à la tuberculisation.

La grossesse se passa sans accidents. Elle accoucha le 14 août 1873, debout, d'une belle fille, sans prévenir personne, de sorte que l'enfant tomba à terre. L'accouchement n'amena aucune modification.

Le 1er juillet elle frappa l'interne du service avec une grosse pierre.

Le 1er octobre elle s'est pendue.

L'autopsie présente une vascularisation intense des méninges.

L'ablation des méninges qui recouvrent l'hémisphère gauche du cerveau amène en trois à quatre endroits, au niveau des circonvolutions pariétales, quelques débris de substance corticale, débris du volume de grains de chènevis.

A la partie interne du lobe occipital gauche, on aperçoit, sur une circonvolution, une saillie arrondie d'une couleur légèrement jaunâtre, qui n'adhère pas aux méninges; mais la circonvolution qui lui est antérieure tient légèrement par des fibrilles à la méninge, qui est un peu épaissie. Cette circonvolution est évidemment plus vascularisée que normalement et un peu molle.

Dans les méninges qui recouvrent la partie postérieure de la première frontale et la partie

interne de la première frontale ascendante gauches, on voit en quatre points des granulations grisâtres, légèrement dures ; elles se trouvent toutes le long des sillons ou des vaisseaux. Rien de semblable dans l'hémisphère droit. Piqueté général de la substance blanche. Pas de granulations dans les ventricules

A la face supérieure de la moelle lombaire on voit quelques petits corps étoilés, accolés à l'arachnoïde.

Le ventricule du larynx présente une granulation du volume d'un grain de millet, exactement située sur la corde supérieure gauche.

La muqueuse d'une bronche de moyen calibre présente une semblable granulation. Pas de tubercules pulmonaires, ni de cavités. Nous ne trouvons qu'en un point une petite masse plus ferme que le reste, mais sans caractères bien définis.

L'examen microscopique d'une parcelle de la substance qui s'est arrachée en détachant les méninges de l'hémisphère gauche, et qui a séjourné pendant quelques jours dans une solution d'acide chromique au 3000e, permet de constater un amas de nombreux noyaux ovoïde, teintés par le carmin, pourvus de nucléoles, accolés à une partie de substance cérébrale.

Obs. III. — *Tubercules cérébraux et pulmonaires. — Folie tuberculeuse lypémaniaque. — Hallucinations. — Parésies partielles de la face et d'un membre supérieur. — Arrêt de la maladie, mais diminution définitive de l'intelligence.*

La nommée Des..., 21 ans, couturière, est entrée dans mon service de la Salpêtrière le 27 mars 1872, dans un état de folie lypémaniaque accompagnée d'hallucinations de l'ouïe et de la vue, et porte les traces d'un long état maladif.

La peau est décolorée ; la maigreur est très-grande. On est frappé par un strabisme interne de l'œil gauche, la déviation à droite de la lèvre supérieure, le relèvement et l'augmentation de profondeur du sillon naso-labial droit, ce qui donne à sa physionomie un air dédaigneux.

Pas de déviation de la langue ni de la luette. Sur les amygdales et le voile du palais, quelques traces de muguet. Dysphagie pour les liquides. Engorgement ganglionnaire sus-hyoïdien.

Diminution de sonorité notable à la partie la plus externe des fosses sous-claviculaire et sus-épineuse droites; retentissement exagéré de la voix en ce point. Pas de bruits cardiaques anormaux. Rien de particulier du côté du foie, de la rate.

Eschare du diamètre d'une lentille à la fesse droite. Elle laisse aller sous elle l'urine.

Un peu de douleur à la pression dans la fosse iliaque droite.

Il est très-difficile d'obtenir de la malade la moindre réponse, et encore ses réponses sont-elles faites à voix basse. Le plus souvent elle ne paraît pas comprendre. Elle reste constamment dans un état voisin de la stupeur. Elle a eu et elle a encore des hallucinations de la vue : elle voit des boules, des ombres, des fantômes. Cependant elle sait venir de l'hôpital Saint-Antoine, y être restée six semaines, mais ne peut donner aucun détail sur sa maladie; dit entre autres choses qu'elle a eu une sœur, sa mère (*sic*).

J'apprends de sa sœur les renseignements héréditaires et personnels suivants : Père et mère bien portants, non cousins ; dix frères et sœurs en bonne santé.

La malade a toujours été chétive, mais n'a jamais été malade avant il y a trois mois. Elle était bonne ouvrière, intelligente. Son hygiène était très-mauvaise; elle mangeait très-peu ou bien des riens, de la salade, jamais de viande. Sa vie était régulière. A eu un abcès dans la bouche qui a duré longtemps.

Il y a six semaines, elle est entrée à l'hôpital Saint-Antoine pour cet abcès, pour des vomissements alimentaires. Elle est sortie de l'hôpital après une quinzaine de jours, mais elle a eu chez sa sœur de nouveaux vomissements, du trouble de la vue; a cessé de pouvoir distinguer les couleurs et a été prise de diarrhée. Au bout de huit jours elle a été de nouveau replacée à Saint-Antoine pour la diarrhée, les vomissements et le trouble de la vue; y est restée trois semaines et a été envoyée de là dans mon service.

Pendant ce second séjour à Saint-Antoine, elle a été prise de parésie complète du membre supérieur gauche. Elle est tombée depuis sept jours dans un grand abattement, s'est refusée à boire et à manger, a cessé de répondre aux questions; mais n'a pas présenté d'agitation. En raison de son état de faiblesse, je lui ai donné du vin de quinquina.

Le diagnostic que je portai fut : *tubercules cérébraux et pulmonaires. Folie lypémaniaque.* Je m'appuyai sur l'existence de parésies partielles portant sur le nerf moteur oculaire externe gauche et le nerf facial gauche, sur l'existence antérieure de trouble de la vue, de vomissements, d'une parésie du membre supérieur gauche seul, et sur la concordance de lésions pulmonaires au sommet.

L'examen ophthalmoscopique, fait de concert avec M. Galezowski, ne nous fit découvrir dans les deux yeux rien autre chose qu'un peu d'injection anormale des deux papilles.

10 mai. État mental satisfaisant; n'a plus de paralysie faciale depuis le 16 avril. Physionomie un peu mélancolique et niaise à la fois. Elle a encore un peu de faiblesse du membre supérieur gauche.

22 octobre. Un peu d'agitation depuis deux jours. On la voit aller et venir dans un état d'égarement. Aménorrhée depuis son entrée ici.

27 octobre. Menstruation pendant vingt-quatre heures. Elle se rappelle le temps qu'elle a déjà passé ici et les vomissements dont elle a été affectée; elle se souvient de son séjour à Saint-Antoine. Elle travaille à la couture, mais elle gagne peu; son intelligence est notablement affaiblie; elle est devenue niaise, présente quelques caractères d'une enfant. Elle accueille bien sa sœur; elle est affectueuse. Elle serre également des deux mains; n'est plus faible du membre supérieur gauche.

Les mouvements de tout le corps sont lents et gauches. Il existe encore de la diminution de sonorité au sommet droit. L'expiration y est nettement prolongée. Pas de râles. Pas de sueurs la nuit.

La malade est envoyée à l'asile de Blois.

Obs. IV. — *Folie tuberculeuse de forme lypémaniaque, accompagnée d'hallucinations.*

La nommée F..., 25 ans, domestique, est entrée le 20 janvier 1872, dans mon service à la Salpêtrière, dans un état d'agitation excessive. Elle tournait la tête de côté et d'autre, fixait, en faisant la moue, l'infirmière qui l'accompagnait; puis elle frappait brusquement du pied le

plancher, se levait, se mettait en colère, cherchait alors à frapper le poêle, regardait du côté de la fenêtre, et disait alors des mots grossiers. Elle s'agitait surtout en jetant les yeux sur la fenêtre, *nous disait qu'il fallait les fendre.* Tout en prononçant ces paroles, elle frappait du pied le parquet.

Depuis son arrivée, elle a cherché à frapper d'autres malades, et à d'autres, inoffensives, a fait des menaces.

A ma demande, comment elle s'appelait, elle me répondait en criant très-fort :

— *Trouve, devine.*

— Quel âge avez-vous?

— *Pal, pal, pal.*

— Avez-vous votre père et votre mère?

— *Dis non, non, non, non, jaune, jaune, bleu.*

— Y a-t-il longtemps que vous êtes malade?

— *Tire tes fort fort à la glace.*

— Où est votre père?

— *Et où est-il, parle, cherche, tu le trouveras.*

— Quand avez-vous eu vos règles?

— *Cherche, tu trouveras, cherche.*

— Avez-vous une sœur?

— *Je n'en sais rien; d'abord, ça ne vous regarde pas; f.....-le à la porte.*

Les traits sont réguliers; les lèvres épaisses; les oreilles symétriques, fines; les pupilles égales; le nez gros. La voix très-enrouée. Pas d'ataxie de la langue. Parole nette. Engorgement ganglionnaire de chaque côté du cou.

Pas de douleur spinale; pas de taches sur le corps. Pas d'engorgement ganglionnaire inguinal. Rien de bien particulier au moment de son entrée du côté du cœur et des poumons, sauf un peu de diminution de sonorité et de retentissement exagéré de la voix au sommet du poumon droit.

Temp. axil., 36°8. — Temp. rect., 37°6. — Temp. en arrière de chaque oreille, 36°.

J'apprends par une de ses sœurs que la santé de la malade a été bonne jusque un an après le siége de Paris; mais qu'étant allée passer le temps du siége dans son pays, elle y a perdu son père, et y a eu des discussions irritantes d'intérêt avec ses frères et avec ses sœurs.

Rentrée à Paris, elle se logea dans la même maison qu'avant le siége, mais elle parut aux personnes qui la connaissaient déjà avoir changé de façons d'être; elle se mit à parler beaucoup, à danser sans raison.

Elle a écrit au maire de son pays et à sa famille des lettres irritées.

Elle se plaignait à tous ceux qu'elle rencontrait de ses parents; cessa de dormir; se plaignit souvent de douleurs dorsales et se mit à tousser.

Elle a quitté son logement il y a quelques jours pour se faire soigner à l'hôpital, mais n'y put être admise, et c'est dans les rues de Paris qu'elle a été arrêtée en état de vagabondage.

Je portai le diagnostic : *Folie lypémaniaque liée à la tuberculose cérébrale.*

Je fis appliquer à la nuque, préalablement rasée, un vésicatoire permanent. — Sulfate de quinine, 1 gramme par jour, pendant trois jours. L'agitation ne cessa pas pendant cinq jours.

1er février, je la trouvai frissonnant, claquant des dents. Temp. axil., 38°. Elle toussait et crachait des mucosités épaisses. Fièvre le soir.

2 février. Temp. axil., 38°.

3 février. Temp. axil., 37°3. Très-agitée; dit toute la journée : *Droite, gauche.*

5 février. Elle parle, dans son délire, de chien, etc., et elle crie.

6 février. Est calme, abattue. Paroles incohérentes. Temp. rect., le matin, 38°. — Temp. rect., le soir, 39°.

8 février. L'auscultation des fosses sus-épineuses et sous-claviculaires droites permet d'y constater un retentissement considérable de la voix et quelques râles bullaires, et la percussion de la submatité dans une étendue très-limitée. Pouls, 88. — Temp. axil., 38°4.

Crachats muqueux, épais, un peu rosés, finement aérés. Même incohérence de langage. Elle a commis hier un acte de violence contre une personne du service. — Vésicatoire à la région sous-claviculaire droite (à entretenir).

10 février. Moins d'agitation.

12 février. Pouls à 90.

14 février. Grande agitation. Violences. Injures grossières. Râles sous-crépitants dans la fosse sus-épineuse droite.

17 février. Même état. — Appliquer un vésicatoire permanent à la région occipitale, préalablement rasée ; 2 grammes d'extrait de haschisch.

19 février. État de somnolence depuis la prise du haschisch.

20 février. Amélioration de l'état du poumon. Est un peu calmée.

23 février. La prise du haschisch amène toujours du calme ; mais les paroles sont toujours incohérentes.

Avril 1872. État tantôt calme, tantôt agité. — Même traitement.

Mai. Prédominance de la stupeur. Par moments, et surtout le soir, un peu de fièvre. — Temp. axil., 38°, souvent le soir; 30 centigr. d'extrait de haschisch.

Octobre. La malade, qui est restée dans la stupeur depuis mai, commence à répondre à quelques questions. — Les vésicatoires ont été maintenus, et la dose de haschisch abaissée à 0,20 centigr.

Le 11 octobre, elle me dit que, lorsqu'elle était malade, elle voyait des femmes qui lui faisaient peur, mais qu'elle ne les voit plus. Elle accuse de la lourdeur de tête. — Suppression du haschisch ; caféine, 0,30 centigr.; une tasse d'arnica par jour.

2 novembre. Elle vient me trouver, se plaignant de céphalalgie. Elle est en sueur, tremble. Temp. axil., 38°. Pouls, 108. Brusquement, elle se lève, frappe du poing la table, et dit : *Je veux me marier.* — Vésicatoire à l'occiput.

3. Face rouge; peau brûlante; stupeur. Temp. axil., 38°; a laissé aller sous elle pendant la nuit.

4. Pouls, 120. Temp. axil., 38°. Elle marmotte des mots incompréhensibles et fait des grimaces; me dit souffrir dans la région frontale. — Digitaline Nativelle, 3 granules de 1/4 de milligr. chacun.

5 novembre. Pouls 76. — Temp. axil., 37°4. Un arrêt toutes les quatre ou cinq pulsations. Indique toujours qu'elle souffre de la tête. — Trois granules.

8. Pouls 68. — Temp. axil., 36°8. Intermittences dans le pouls.

9. Pouls 64. La malade sourit à mon approche et elle me parle de sa douleur de tête.

10. Deux granules.

11. Répond assez bien à des questions que je lui fais sur l'emploi de son temps et sur les aliments qu'elle a pris hier. — Deux granules.

12. A raconté hier qu'elle a vu des hommes qui lui faisaient peur. Temp. axil., 38°8. — Pouls 60. — Injection sous-cutanée de 6 milligr. de chlorhydrate de morphine à l'avant-bras, et deux granules de digitaline.

14. La malade se prête à l'injection; 5 milligr. — Pouls 56. — Deux granules.

16. Même céphalalgie. — Injection sous-cutanée (7 milligr. 1/2).

18. Épistaxis abondante.

18. Injection sous-cutanée (9 milligr.). — Deux granules.

20. Pouls 44. — Temp. axil., 36°7. — Injection sous-cutanée (12 milligr.).

24. Les injections à dose croissante sont faites tous les jours. La malade fait attention à ce qui se passe autour d'elle.

9 décembre. La dose de morphine est de 2 centigr. par jour, et celle de digitaline de un quart de milligr. La malade n'a plus l'apparence de stupeur. — Même traitement.

23. Elle tend la main à la surveillante du service. Pouls 56. — Continuer les injections de morphine, dont la dose quotidienne est en ce moment de 24 milligr.

25 janvier 1873. Elle travaille à la couture. Pouls 60. Une intermittence toutes les quinze secondes. Ce dernier fait est constant depuis l'usage de la digitaline. La dose de morphine est de 3 centigr. Cesser la digitaline.

28. La dose de morphine a été portée progressivement à 6 centigr.

Avril. La dose de morphine a été portée progressivement à 12 centigr.

Mai 1873. Dose de morphine, 15 centigrammes. La malade a la physionomie éveillée; elle travaille.

De mai à septembre, même dose.

Septembre. La malade nous dit qu'elle n'a plus la moindre hallucination. Elle ne se souvient pas des hallucinations, en particulier, qu'elle avait au moment de son entrée; mais elle a exactement conscience de son état général de maladie antérieure. Sa physionomie est éveillée, ses réponses faciles, rapides. Elle travaille et s'occupe. Elle conserve seulement en elle quelque chose de gauche, d'emprunté. Son sourire est un peu niais; elle fait tout ce qu'elle peut pour être aimable, gracieuse, mais il manque quelque chose pour que l'expression réponde à sa volonté et à ses désirs.

Décembre. Sortie de la malade dans un état des plus satisfaisants.

XIII

De l'état mental dans l'alcoolisme aigu et chronique.

Je me propose de traiter aujourd'hui de l'état mental dans l'alcoolisme aigu et chronique.

L'idée première m'en est suggérée par la progression vraiment effrayante des malades admis dans les hôpitaux à la suite d'habitudes alcooliques, et par les formes graves que l'alcoolisme revêt aujourd'hui.

Il y a dix-huit ans, alors que j'étais attaché comme interne aux services de MM. Delasiauve et Moreau (de Tours), la maladie était moins fréquente (de plus de la moitié); et encore était-ce le *delirium tremens* qui prédominait dans ses formes aiguës et subaiguës ; rares, au contraire, étaient les délires et les affections chroniques.

Il n'en est plus de même aujourd'hui, Messieurs, et les observations que j'ai prises depuis 1859 témoignent d'un accroissement considérable dans la quantité de délires par intoxication alcoolique. On peut, du reste, en juger approximativement par ce fait que, en 1856, 99 alcoolisés étaient entrés à Bicêtre, et que, en 1860, le nombre était de 207.

Un semblable résultat, Messieurs, me paraît tout d'abord demander un remède, et, persuadé que les travaux médicaux puisés à la source de la clinique pourront un jour éveiller l'attention de l'autorité, je vous entretiendrai aujourd'hui de cette question, en tous points si importante.

Je vous ai dit que le nombre des malades atteints d'alcoolisme aigu ou chronique a plus que doublé depuis quinze ans, fait qui se relie avec le nombre énorme des individus qui, dans Paris seul, abusent des boissons alcooliques ; il résulte, en effet, des documents quotidiens de la police municipale que j'ai entre les mains, que chaque mois, en moyenne, on est obligé de renfermer pour leur sûreté personnelle près de 300 individus, trouvés sur la voie publique et incapables de se soutenir ou de se guider; et parmi eux 60 ou à peu près sont ivres-morts.

D'un autre côté, Messieurs, si la consommation de l'alcool dans Paris a pris depuis cinq ans un accroissement plus que triple, il est à remarquer que cet accroissement coïncide avec un usage immodéré des boissons fermentées, et en particulier de l'absinthe.

Il est avéré aussi que les eaux-de-vie actuellement en usage parmi les classes ouvrières sont de mauvaise qualité, et fabriquées souvent même avec de l'alcool de pomme de terre.

Toutes ces causes réunies vous paraîtront devoir être prises en considération dans l'explication de l'augmentation vraiment effrayante du nombre des aliénés, que chacun peut constater. Parallèlement aux projets en tous points si dignes d'éloges de construction d'asiles, on devrait chercher en même temps à saper le mal, en créant le plus de restrictions possible à l'usage abusif des eaux-de-vie et liqueurs fermentées, et en poursuivant la répression légale de l'ivrognerie, suivant la voie tracée par notre distingué confrère, M. Théophile Roussel.

Je vais essayer de vous décrire l'état psychique dans l'alcoolisme aigu, soit qu'il s'associe à une intoxication récente, soit qu'il survienne dans le cours de l'alcoolisme chronique.

Messieurs, il me semble tout d'abord utile d'établir parmi nos malades deux catégories principales.

Dans la première, nous rangerons les individus quelque peu sobres par habitude, n'ayant jamais eu antérieurement de *delirium tremens*, mais qui, à la suite de grands excès commis en peu de jours, ou bien après une privation subite de boissons alcooliques nécessitée par une indisposition ou par la pénurie d'argent, sont atteints d'aliénation mentale consécutive ou non à un *delirium tremens*.

Dans la seconde, nous placerons les ivrognes de profession qui ont eu un ou plusieurs accès de *delirium tremens*, et que l'on peut regarder comme atteints d'alcoolisme chronique. Il n'est pas, en effet, un seul de ces malades qui, avant d'être frappé d'aliénation et au moment de sa sortie de l'hôpital, après guérison de l'accès de délire aigu, n'ait présenté et ne conserve des symptômes d'alcoolisme chronique : diminution de la mémoire, affaiblissement de l'intelligence et de l'énergie morale, en même temps que moins d'aptitude aux travaux habituels et moins de force musculaire. Dans cette seconde catégorie elle-même, nous établirons deux subdivisions : l'une comprenant les malades dont le délire des actes et des paroles qui les a fait renfermer cesse après un laps de temps qui n'est pas moindre qu'un mois, l'autre s'adressant à ceux qui restent incurables ; les premiers et les seconds atteints d'alcoolisme chronique. Mais tandis que chez ceux-là l'état mental s'est tellement amélioré, qu'on a pu les laisser sortir de l'hôpital, malgré la persistance de la faiblesse de l'intelligence, de la mémoire et de la force musculaire ; chez ceux-ci, le délire des actes et des paroles persiste avec son caractère primitif et se complique de démence confirmée.

Nous réserverons pour une autre leçon l'étude de l'état mental de ces derniers.

Le nombre des *individus pris de délire après une intoxication aiguë ou à la suite de privations*, *ou de délire alcoolique aigu*, et constituant la première catégorie, est restreint, comparativement aux autres. Pendant une période d'une année, en effet, nous n'en trouvons que 4, tandis que le chiffre des autres est de 28.

La tristesse constitue le fond du délire dans le plus grand nombre des cas; nous l'avons observée trois fois sur quatre.

Le facies est sombre, une expression profonde de mélancolie est empreinte sur le visage; les yeux, complétement immobiles, sont fixés à terre, ou vers le ciel, ou sur un objet, un mur.

Ces aliénés ne rompent leur mutisme que pour demander pardon de leur conduite passée, et s'accuser de fautes ou de crimes imaginaires, mais quelquefois cependant *réels*.

C'est ainsi qu'un nommé Lab.., dont je vais vous présenter l'observatiou, racontait d'un air mystérieux qu'il avait volé son patron; plns tard, revenu à la raison, il nous répétait que la chose était vraie et que c'était dans la cave qu'il buvait les liqueurs soustraites.

Obs. I. — *Délire alcoolique aigu. — Conceptions lypémaniaques se rapportant à un fait vrai. — Guérison.*

Lab.., vingt-quatre ans, garçon épicier, entre à Bicêtre (service de M. le docteur Félix Voisin), le 7 avril 1861, avec un certificat de la préfecture de police portant « qu'il est tombé malade à la suite d'excès alcooliques et qu'il a cherché à se pendre. »

Père et mère bien portants; il y a trois ans, fièvre typhoïde.

Depuis plusieurs mois, excès alcooliques (eau-de-vie et vins liquoreux). Jamais il ne s'est grisé complétement, mais il a été souvent dans un état d'excitation provoqué par les excès; il était entraîné à la débauche par des camarades et, suivant son expression, il est ainsi arrivé à l'état de brute; il ne sait comment il a été amené ici.

Etat à son entrée. — Constitution forte, membres robustes, cheveux blonds, joues très-colorées.

Maintien d'un lypémaniaque stupide; yeux fixés à terre, immobilité presque complète. C'est peine s'il peut se tenir debout; il est très-difficile de lui arracher un mot; mais enfin il nous avoue tout bas qu'il a volé son patron.

Hallucinations de l'ouïe; sensation de vide dans la tête; aucune activité dans les traits; il répond difficilement à mes questions et d'un air ennuyé; mémoire absente; pas d'appétit, pas de cardialgie ni de phénomènes dyspeptiques; fonctions digestives normales; légère toux (habituelle, suivant le malade); langue blanchâtre; tremblement léger des mains.

Rien de particulier au cœur et dans la poitrine; 84 pulsations; pouls de moyenne force, régulier; pupilles normales.

Traitement. — Ventouses scarifiées à la nuque (2 palettes); vésicatoire volant à la jambe droite.

13 avril. — Il nous raconte qu'il a voulu se pendre avant son entrée ici; mais il ne se rappelle pas l'objet de ses pensées d'il y a trois à six jours. Il parle plus facilement et semble reprendre confiance.

Sensation de vide dans la tête ; tendance au refroidissement ; insouciance ; quand je lui demande de faire un effort, il semble être une victime.

Depuis qu'il est ici, il n'a pas écrit, par un sentiment de honte, à son père et à sa mère. Ses réponses sont nettes, sa parole non hésitante. Sa physionomie porte l'empreinte d'une expression profonde de tristesse. Il est assez facile de le faire travailler ; 68 pulsations.

15. — Il nous avoue qu'il a bu souvent dans la cave de son patron, épicier, du vin et des liqueurs. La mémoire est revenue.

4 juillet. — Guérison ; sortie.

Certains malades, loin de rester concentrés dans un mutisme à peu près absolu, racontent, sans qu'on le leur demande, l'objet de leurs préoccupations.

Voici une observation relative à ce cas :

Obs. II. — *Délire alcoolique aigu. — Conceptions lypémaniaques. — Guérison.*

Letal.., quarante ans, garçon marchand de vin, entre le 9 février 1861, 5e division, 2e section, service de M. Moreau (de Tours).

Habitudes alcooliques invétérées (tous les matins à jeun et dans la journée, vin pur).

Pas de maladies antérieures.

Depuis trois semaines, il éprouvait de la courbature, de la toux. Il y a trois jours, il se mit à une diète presque absolue d'aliments et complète d'alcooliques. Depuis deux jours, délire.

Il est amené à Bicêtre le 8 février.

État actuel. — Facies sombre. Dans les cinq premières minutes de mon interrogatoire, il nie être malade, et ses réponses sont très-nettes et saines ; mais après ce laps de temps, il se penche à mon oreille et me parle d'individus qui lui ont cassé des bouteilles à la tête, l'ont fait saigner du nez, vont par les caves, parcourent les égouts, ouvrent toutes les portes sans qu'on leur dise rien, et le torturent.

Sensation pénible, épigastrique, thoracique. Toux, un peu d'oppression ; un point de côté ; 64 pulsations. Pouls régulier, de moyenne force. Douleur occipitale.

Traitement. — Potions opiacées.

16 février. — Mieux. Les idées de persécution persistent.

1er mai. — Sortie. Guérison complète.

Chez d'autres, les idées de persécution m'ont paru avoir leur point de départ dans des soucis et des ennuis antérieurs dont les souvenirs se pressaient à leur mémoire. Témoin le cas de Lar...

Obs. III. — *Alcoolisme aigu. — Idées de persécution. — Idées ambitieuses. — Amélioration. Tendance à la démence.*

Lar.., vingt-huit ans, limonadier, entre le 6 octobre 1860 à l'hôpital de Bicêtre, 5e division, 1re section, service de M. le docteur Félix Voisin.

— Votre père est-il mort? — « Il est ressuscité ; il sera immortel si je veux. » — Son père est mort en 1855, après une longue maladie, résultat d'abus alcooliques. Sa mère est morte en 1855 d'un abcès dans la région dorsale.

Il a toujours eu mauvaise tête. Pour insubordination envers l'autorité, il a passé, il y a quelques années, vingt-quatre heures à Sainte-Pélagie.

Après une existence assez décousue, ne restant jamais dans les maisons où il était apprenti droguiste, il acheta à Paris, il y a trois ans, un fonds de limonadier, avec l'héritage de son père et de sa mère. Je sais de bonne source que là il fut exploité, volé; au bout de peu de temps il s'adonna à des excès alcooliques (vin blanc et cassis, tous les matins à jeun); il vendit enfin son fonds, et avec le produit acheta un terrain à Saint-Germain.

Le 2 ou le 3 octobre 1861, il fit de copieuses libations; et le soir, échauffé par la boisson, il cassa tout le mobilier du marchand de vin où il se trouvait. Il fut arrêté dans un état d'exaltation extrême et amené ici le 6 octobre.

État actuel. — Agitation dans les traits. Le malade parle continuellement et d'une façon déraisonnable, en haussant la voix par moments : « La femme a été créée avant l'homme. Mettez un nominatif, si vous voulez. Il faut plutôt penser à la chair qu'à l'esprit. »

— Dormez-vous la nuit. — « Je dors trois heures. Le chair a assez de cela de repos; le reste du temps est pour l'esprit. »

Il a des idées de persécution : « Que mon mal de tête s'en aille et retombe sur eux. Malheur! Ils se mettent au-dessus de tout. L'homme que j'avais mis roi, tout a été contre moi. Les diamants, ils les cachent. »

Au milieu de ce flux de paroles incohérentes, il répond nettement à certaines questions, et retombe aussitôt après dans le délire.

Il se rappelle son entrée ici, le mois et le jour de l'année. Il raconte sa vie passée; il est toujours facile de remettre la conversation sur un terrain raisonnable; mais aussitôt que l'on cesse de le questionner, il retombe dans la voie délirante.

Le sens moral est absolument aboli chez lui. Tremblement très-léger des mains; mains très-froides; sensibilité normale au tact et à la douleur; motilité intacte. Pouls mou, régulier, 96 pulsations. Température sous l'aisselle, 34 degrés. Rien d'anormal au cœur et aux poumons.

— Toussez-vous quelquefois? — « Ils m'ont fait tousser cette nuit. »

Chez lui, il a éprouvé des pertes séminales involontaires la nuit. « Ils m'en ont fait faire. »

Traitement. — Ventouses scarifiées à la nuque, 300 grammes de sang.

Janvier. — Même état d'apathie. On l'envoie travailler aux champs.

26 avril. — Apathie; pas de fermeté de caractère; il n'a plus d'idées de persécution.

10 mai. — Il raisonne bien sur n'importe quel sujet, mais conserve une notable faiblesse de caractère, et n'en a pas conscience. Il a pris de l'embonpoint depuis quelque temps.

On lui accorde sa sortie.

Deux sur quatre de ces malades ont eu des hallucinations de la vue; un seul en a éprouvé de l'ouïe en même temps que de la vue. Mur... seul voyait des animaux, des reptiles qui s'enroulaient autour de ses bras.

Les illusions et le délire perceptif qui les accompagne ne sont pas rares chez ces

malades, et nous ont paru toujours tirer leur point de départ de quelque sensation morbide réelle, ayant donné lieu, au milieu du désordre du jugement, à de fausses interprétations. Nous avons trouvé ainsi dans plusieurs cas la confirmation des idées toutes pratiques de M. Moreau (de Tours) sur ce point de pathogénie; Mur... prétendait ne pouvoir avaler, même de la tisane : « Je ne puis plus manger, disait-il, je m'y suis pris trop tard, il n'y a plus de santé. » Il existait, en effet, un état morbide que son esprit malade interprétait à faux, et qui servait de thème à des idées hypochondriaques. — Le pharynx, le voile du palais étaient rouges et luisants ; la langue était jaunâtre, l'haleine fétide ; le malade accusait à la pression une douleur et, après les repas, un gonflement épigastrique. En un mot, il existait une angine compliquée d'embarras gastrique et peut-être une gastrite chronique des ivrognes, donnant lieu à des sensations morbides réelles, mais faussement interprétées, puisqu'il buvait sans difficulté de l'eau rougie et de la soupe que je lui présentais. Le même malade, atteint depuis longues années de blépharite ciliaire chronique, caractérisée par du gonflement, de l'écoulement mucoso-purulent, une rougeur, un état œdémateux et des granulations des paupières, avec intégrité de la vue, me disait que ses yeux étaient fondus et qu'il ne lui restait plus que la prunelle. En voici l'observation :

OBS. IV. — *Alcoolisme aigu.* — *Délire lypémaniaque.* — *Guérison.*

Mur..., soixante-deux ans, garçon restaurateur, entre le 12 avril 1861, à l'hôpital de Bicêtre, 5ᵉ division, 1ʳᵉ section, 3ᵉ salle, n° 7, service de M. Félix Voisin.

Père et mère morts de vieillesse.

Excès alcooliques (vin); de plus, tous les matins, il boit un verre d'eau-de-vie pure.

Depuis quelque temps, faute de ressources, il s'abstenait de vin et d'eau-de-vie, quand il y a un mois à peu près, il s'est imaginé que l'on se moquait de lui, qu'on le trouvait trop bien mis.

Il y a deux jours, il s'est livré chez lui à des violences envers les siens et est amené à Bicêtre le 12 avril.

État actuel. — Le 13, état de calme absolu; il se plaint de malaise, de constriction épigastrique; est souvent pris de bâillements, et fait de profondes inspirations.

Hébétude empreinte sur le visage; les idés sont incertaines et mal coordonnées. Il reste les yeux fixés sur le mur, et quand je lui demande à quoi il pense, il me répond : « Je suis un polisson, qui n'a jamais été poli ; » puis il se met à pleurer et à me supplier de lui pardonner.

Il se plaint de constriction à la gorge et me dit qu'il ne peut avaler même de la tisane; je lui en donne à boire, il l'avale très-facilement. « Je ne puis pas manger, ajoute-t-il, parce que je m'y suis pris trop tard; mes yeux sont fondus; il ne me reste que la prunelle.

« Ce qui me semble extraordinaire, dit-il, c'est que je reste insensible à la séparation d'avec les miens ; je trouv en moi une grande différence ; je cherche à m'analyser, je ne puis pas. »

FACULTE DE MEDECINE

Hallucinations de la vue; il voit des serpents lui monter sur les bras et il sent leurs morsures.

Rien de visible aux bras. Pas de tremblement des mains ni des jambes. Langue jaunâtre, haleine fétide. Gonflement, rougeur des deux amygdales; céphalalgie; pupilles contractées considérablement; tuméfaction des deux paupières; écoulement mucoso-purulent; conjonctives très-rouges. Pouls à 88 pulsations, de moyenne force.

Traitement. — Bouteille d'eau de Sedlitz et demain potion opiacée.

22 avril. — Plus d'hallucinations de la vue et du tact. Pouls mou, régulier, 84 pulsations. Température des mains froide; sensibilité obtuse; inappétence, malaise, frissons, céphalalgie.

23. — Érysipèle de la face.

4 mai — Desquamation de l'érysipèle.

7. — L'état mental n'a pas été modifié par l'érysipèle. Il gémit sur sa position et on ne peut le faire lever. Il accuse toujours une sensation de vide dans la tête. C'est à peine s'il peut me serrer la main, et s'il peut se tenir sur ses jambes. Pouls régulier, 52 pulsations.

20. — Il parle avec affection de sa famille. Bains.

29. — La motilité de ses membres est à peu près normale aujourd'hui.

Quand je lui demande comment il se trouve, il me répond : « J'espère; quand je vois ma femme, j'ai peur de lui faire de la peine. »

La sensation de vide a presque entièrement disparu.

Il me parle avec bonheur de sa femme et de sa fille, et du plaisir de les revoir.

8 juin. — Il croit que sa figure se serre; je parviens facilement à le rassurer, et il me croit.

2 juillet. — Il consent à aller travailler à la terre.

10. — Le travail de la terre lui donne de l'énergie morale et physique.

Le 20 août, guérison complète; sortie.

En dehors de ces conceptions délirantes, ces malades n'ont pas ou ont très-peu conscience de leur état; ils sont incapables de toute détermination sérieuse et sont ordinairement amenés par leurs parents eux-mêmes à l'hôpital.

La plupart ne se rappellent que confusément les événements qui ont précédé leur entrée.

Les idées de tous sont confuses et sans suite; chez ceux-ci, elles sont émises lentement; chez ceux-là, elles le sont avec une incroyable volubilité.

Le plus souvent tout raisonnement est aboli; et ils ne sauraient suivre une conversation et encore moins y prendre part; pourtant Lar... racontait nettement ce qui s'était passé avant son entrée à l'hôpital, et causait avec moi de chose et d'autre, d'une façon suivie, mais le délire reprenait le dessus aussitôt que je cessais de provoquer ses réponses.

Tandis que chez le plus grand nombre, le découragement, l'indécision, une circonspection exagérée constituent le caractère saillant de leurs paroles et de leurs actes, chez un (Lar...), j'ai observé un notable contentement de soi-même et une certaine hardiesse.

Aucune affection sociale et de famille ne vient occuper l'esprit de ces malades, et ce n'est que dans la convalescence que j'ai observé un retour vers cet ordre d'idées, caractère psychique qui, du reste, est propre à toutes les aliénations, ainsi que mon grand-père, M. Félix Voisin, me l'a souvent fait remarquer.

Parmi les désordres de l'intelligence, le plus saillant peut-être est celui qui se produit dans l'exercice de la volonté. J'ai été, en effet, frappé du laisser-aller, de l'apathie de plusieurs malades, d'un état d'enfance, pour ainsi dire, qu'ils présentaient : sans réaction, sans énergie, ils exécutaient aveuglément et comme machinalement tout ce qu'on leur commandait de faire; ils présentent à un degré avancé ce que nous savons être, dans la vie ordinaire, les gens adonnés aux boissons alcooliques : des individus d'un caractère faible, de peu de portée dans l'esprit, et faciles à mener et à entraîner.

Quant au libre arbitre et à la liberté morale, ils font complétement défaut; aussi ces malades doivent-ils être considérés comme étant à peu près irresponsables devant la société. Le cas de Lar... était à ce point de vue intéressant; eu égard à la façon dont sa fortune avait été exploitée, il aurait pu en imposer à quelqu'un étranger à ces sortes d'études; en effet, il entretenait avec un interlocuteur une conversation soutenue et toute raisonnable, mais aussi quand son attention n'était plus tenue en éveil, le délire reprenait le dessus.

Il est enfin une variété de délire lypémaniaque caractérisé par la prédominance d'idées lubriques, de conceptions délirantes se rattachant le plus souvent à des excès antérieurs.

Le malade (obs. V) que j'ai eu l'occasion d'observer était plongé dans un état lypémaniaque stupide non précédé de *delirium tremens;* les idées étaient confuses, et pourtant les réponses étaient saines. Il avait conservé conscience de son état maladif, et raisonnait assez juste en dehors de ses idées lubriques.

Le moral de cet individu était profondément affecté, il avait l'air sombre et m'avouait qu'il ne commettait des excès d'onanisme, de vins et de liqueurs, que pour s'efforcer d'oublier le chagrin qu'il a de ne pouvoir se marier. Il entendait des voix injurieuses lui rappelant ses débauches, et voyait des ennemis dans ses compagnons de travail. Chez lui la conscience, on peut le dire, semblait parler tout haut sous la forme d'hallucinations.

OBS. V. — *Délire lypémaniaque, alcoolique, non précédé de delirium tremens. — Idées lubriques et de persécution. — Guérison.*

Guill..., boulanger, vingt-quatre ans, entre le 19 juin 1861 à l'hôpital de Bicêtre, 5e division, 1re section, service de M. Félix Voisin.

Habitudes alcooliques (vin rouge et eau-de-vie).

A été détenu en correction j'usqu'à l'âge de dix-huit ans, pour vol commis en 1848 pendant une disette existant dans son pays.

Mauvais instincts congénitaux. A été arrêté le 18 juin en état de vagabondage. Depuis huit jours, courbature, il cesse de boire; tremblement des mains.

État le 20 *juin.* — Regard sombre. Le malade répond aux questions d'une façon nette, mais sèche et les yeux baissés. Les idées paraissent confuses. Le maintien et l'habitus extérieur paraissent ceux d'un imbécile. Oreilles petites; crâne petit.

A la première question que je lui pose, il me répond : « Ils m'ont rendu la tête perdue. » — Qui? « Les boulangers; ils me blaguaient en me disant des choses qui ne m'appartiennent pas; ils me reprochaient des orgies; mais dans notre travail, tout nus, on fait toutes sortes de saletés. Puisque tout le monde en fait, ce n'était pas à eux à me prendre pour un bouffon et à m'accuser de choses sales, etc., etc. »

En dehors de ce cercle d'idées, il raisonne juste, et sait bien qu'il est malade. La mémoire est saine. Il me dit qu'il se livre aux excès de toute sorte pour arriver à se consoler de ne pouvoir se marier.

Il entend des voix qui l'injurient et qui font appel à ses sentiments lubriques. Son moral est affecté, il se trouve malheureux.

Il croit avoir des ennemis dans ses compagnons de travail.

Habitudes invétérées d'onanisme tous les jours, plusieurs fois. Fréquents rapprochements sexuels. Verge très-volumineuse. Pupilles contractiles; diamètre normal. Absence de fièvre. Force musculaire normale. Pas de tremblement des mains ni des jambes.

Traitement. — Bains. Potions opiacées.

27 juin. — N'a plus l'air sombre des premiers jours; regarde son interlocuteur en face et avoue se porter bien mieux.

Il regrette d'être venu à Paris, au lieu d'être resté dans son pays, mais il se propose d'y retourner.

On l'envoie travailler aux champs.

30 juillet. — Sort guéri.

Pour me résumer, Messieurs, je vous ferai remarquer que ce qui caractérise essentiellement cette *première catégorie*, c'est la fugacité des phénomènes, c'est la constance des idées dépressives. Contrairement aux idées admises, les hallucinations ont fait défaut dans la moitié des cas, mais les conceptions délirantes ont été de nature triste, ainsi, du reste, qu'on l'enseigne.

La *deuxième catégorie* comprend les *ivrognes de profession pris de délire aigu.*

Je vous ferai remarquer, Messieurs, que le nombre des malades lypémaniaques et stupides est plus considérable que celui des autres; et du reste, en cela, mes observations personnelles sont complétement d'accord avec l'opinion des classiques. C'est ainsi que sur *dix* aliénés appartenant à cette subdivision, *sept* sont atteints de délire partiel ou dépressif :

Examinés au point de vue purement psychique, ils nous ont présenté les particularités suivantes.

La plupart (cinq) n'avaient point ou avaient peu conscience de leur état et de la signification de leur séjour dans l'asile. Le sentiment de leur position ne renaissait ordinairement que trois semaines ou un mois après leur entrée, et leurs demandes de sortie prenaient alors un caractère de raison; de même aussi les affections de famille, les idées sociales, jusqu'alors absentes, surgissaient progressivement.

La mémoire était le plus souvent lésée, jamais entièrement abolie; elle était presque toujours obscure et diminuée; elle était rarement restée intacte, et son intégrité permettait alors d'obtenir des malades les renseignements les plus circonstanciés sur leur état morbide.

Le raisonnement était le plus souvent troublé; c'est ainsi que la plupart interprétaient d'une façon erronée des sensations réelles et étaient ainsi le jouet d'illusions: Stib..., dont je vais vous relater l'observation (obs. VI), persuadé que l'on s'exerçait sur lui au moyen de la physique, lui attribuait des douleurs du poignet droit, dont la cause était l'application de menottes au dépôt de la Préfecture de police.

Obs. VI. — *Alcoolisme chronique. — Délire aigu, lypémaniaque, ayant pris sa source dans des sensations morbides réelles épigastriques.*

Stib..., vingt-huit ans, peintre, entre à l'hospice de Bicêtre le 28 octobre 1860, 5ᵉ division, 3ᵉ section, 3ᵉ salle, nº 16, service de M. Félix Voisin.

Son père s'est pendu à la suite d'excès de boissons. Sa mère est bien portante, elle est d'un caractère morose.

De temps en temps il se grise; tous les matins, depuis l'âge de vingt ans, il a l'habitude de boire à jeun du vin pur. Il a remarqué que depuis trois ans sa mémoire est moins sûre. En 1860, malaise, douleurs épigastriques. *Il boit moins.*

Le 21 octobre 1860, sans avoir eu de *delirium tremens*, il se rend chez un commissaire de police, se plaint qu'un de ses voisins, géomètre, s'exerce sur lui par la physique; il demande à parler au préfet.

Il est conduit à la Préfecture et de là à Bicêtre, où il entre le 22 octobre.

État actuel. — Crâne petit; face volumineuse; les deux tiers de la tête sont occupés par les os de la face; oreilles écartées, minces.

Le malade paraît concentré dans des idées tristes qui l'occupent beaucoup; regard empreint de mélancolie, quelquefois menaçant et parfois hagard. Pas d'hallucinations ni jour ni nuit. Il se croit persécuté par ce géomètre, son voisin; il pense qu'il « s'exerce sur lui par la physique »; que c'est par vengeance. Il a mal au poignet droit (on lui a mis les menottes à la Préfecture); il croit que son voisin s'exerce sur lui à cet endroit.

Il me raconte qu'étant chez lui, il ressentait, la nuit, des élancements dans la tête, des évanouissements qu'il ne savait à quoi attribuer; mais que, dès qu'il s'est aperçu que cela provenait de son voisin, il est allé chez le commissaire.

Il raconte assez nettement ses impressions, et ne divague que lorsque je l'abandonne à ses pensées ou que je conduis la conversation sur l'objet de son délire; en dehors de là, les réponses sont nettes,

Insomnie la nuit; agitation dans son lit. Pouls moyen, 64 pulsations; température sous l'aisselle, 37 degrés. Toux sèche le matin; quelques crachats muqueux; en arrière à gauche et au milieu quelques râles sibilants et sous-crépitants. Mains fraîches; le malade dit y ressentir parfois une chaleur brûlante.

Depuis longtemps, abolition des désirs vénériens; de Bicêtre, le malade est envoyé à l'asile de Fains, où il était encore en avril 1863, présentant tous les symptômes de l'alcoolisme chronique avancé.

Un seul malade jugeait sainement sa position, et cherchait, pour échapper à un interrogatoire compromettant, à me cacher la vérité; tous les autres, ayant perdu toute saine appréciation de leur état, restaient complétement indifférents à leur séjour à Bicêtre.

Aucun ne pouvait s'expliquer la raison d'être des hallucinations, et la plupart s'y abandonnaient sans résistance et sans discussion; un seul pourtant cherchait à en saisir la cause, mais en vain.

Tous, ou à peu près, répondaient sans hésiter à mes questions; il m'était *facile* de les *arracher* à leurs *préoccupations tristes* et même à leur *stupeur;* ils relevaient la tête, répondaient plus ou moins nettement; mais bientôt, si je ne me hâtais de continuer, le délire reprenait le dessus et ne cédait qu'à de nouvelles instances.

La volonté était elle-même considérablement affaiblie, à en juger par l'indécision qui régnait dans les actes les plus simples de la vie et le peu d'énergie de ces malades. Et cependant, chez le malade qui fait l'objet de l'observation VII, cette faculté sembla se réveiller sous l'influence d'une forte impression, pendant son immersion volontaire dans la Seine; l'instinct de la conservation reprit le dessus, et il recouvra assez de volonté pour regagner la rive à la nage et appeler au secours. Il me paraîtrait difficile de dire que cette série d'actes dépend entièrement de l'instinct; l'instinct s'est révélé au moment de la sensation du froid et de l'entrée d'une certaine quantité d'eau dans les voies aériennes et digestives; mais le fait de nager, de se diriger vers la rive, de demander du secours, me semble constituer un acte de la volonté.

Obs. VII. — *Alcoolisme chronique. — Délire aigu. — Conceptions lypémaniaques. — Tentative de suicide par submersion.*

Mas..., marchand de plumes, quarante-deux ans, entre le 2 avril 1861, 5e division, 1re section, 3e salle, n° 12, hospice de Bicêtre, service de M. Félix Voisin.

Depuis 1851, nombreux excès de boissons, consistant principalement en eau-de-vie (près d'un litre par jour).

Depuis plusieurs mois, hallucinations de l'ouïe, et plus rarement de la vue, diminution des facultés morales.

Le 28 mars, il est pris de malaise, d'embarras gastrique. Il se joint à l'état morbide des craintes imaginaires. Il croit qu'on l'espionne, qu'on lui veut du mal, qu'on l'électrise; il est dégoûté de la vie. Cet état dure jusqu'au 1er avril, et dans la nuit du 1er au 2 avril, il tente en vain de se précipiter par la fenêtre de sa chambre; mais le matin, il va se jeter dans la Seine, au-dessous du pont Napoléon. Tout en s'y rendant, il voit les passants lui faire des mines moqueuses. La chute dans l'eau lui est douloureuse; et aussitôt revenu à la surface, il nage machinalement, et tout en se cramponnant à un bateau, il appelle du secours.

Le même jour, il est amené à Bicêtre.

État actuel. — Agitation. On est obligé de le maintenir dans son lit avec une camisole, sans quoi il s'échapperait au dehors. De lui-même, du reste, il demande qu'on l'attache la nuit, de crainte de se nuire.

Il raconte les accidents de sa vie et de sa maladie avec la plus grande lucidité; la parole est rapide et nette. Hallucinations de l'ouïe et de la vue, principalement la nuit, toutes ayant trait à des obscénités. Conceptions délirantes obscènes relatives aux autres malades.

Pouls modérément fort (64 pulsations par minute), régulier. Le 5 mai, guérison complète et sortie de l'hôpital.

Quant au libre arbitre, il fait entièrement défaut, et ces malades, quoique paraissant bien raisonner quelquefois et répondant aux questions, sont incapables de prendre aucune détermination sérieuse, de suivre une ligne de conduite nette et précise, ballottés qu'ils sont pour ainsi dire entre leurs diverses conceptions délirantes, et agités par leurs hallucinations souvent contradictoires.

Le délire dépressif triste ou lypémaniaque se présente avec une intensité variable, tantôt revêtant le caractère de la tristesse proprement dite, tantôt de la douleur, tantôt de la honte, tantôt du repentir ou de l'indifférence. Quelques-uns sont plongés dans une stupeur d'où mes questions, pourtant, les faisaient sortir assez facilement. L'un s'était laissé aller envers sa femme à des sentiments de jalousie non motivés; un autre, pris du dégoût de la vie, avait cherché à se suicider; celui-ci poussait de profonds soupirs qui paraissaient avoir leur raison d'être dans des douleurs épigastriques, et cherchait à y échapper par le suicide; celui-là ne pouvait se consoler d'avoir dépensé en libations l'argent que lui avaient laissé ses parents, circonstance qui fit porter un pronostic favorable; et du reste, l'événement vint plus tard corroborer notre opinion, à savoir, que l'existence de sentiments affectifs, la persistance ou le retour des idées de famille chez un aliéné, constituent une chance d'amélioration et même de guérison.

Tous mes malades, Messieurs, sauf un, étaient atteints d'hallucinations; celles de la vue ne se sont manifestées que quatre fois et celles de l'ouïe six fois. Tandis que les premières ont consisté, chez un seul malade, dans l'aspect de serpents, d'animaux, et, chez les autres, dans la vue d'hommes à l'air moqueur et de morts, les

secondes ont été toujours effrayantes, injurieuses ou contradictoires : « *Tu feras, tu ne feras pas; tu entreras, tu n'entreras pas.* »

Beaucoup rappelaient les voix de personnes connues et de pénibles souvenirs; plus fortes la nuit que le jour, elles semblaient chez plusieurs, partir des murs, pénétrer par les fenêtres; un malade me disait très-nettement que c'étaient des voix extérieures et venant de gens qu'il connaissait tout particulièrement. L'hallucination était tellement intense chez deux malades, qu'ils s'arrêtaient au milieu de leurs phrases pour écouter la voix et chuchoter quelques réponses inintelligibles.

Parmi tous ces aliénés, le plus vivement atteint était celui qui était en butte à des voix contradictoires; elles plongeaient ce malheureux dans un état d'indécision pénible qui le condamnait à l'immobilité; las de lutter, il restait plongé dans l'inaction et le mutisme. En voici l'observation :

OBS. VIII. — *Absinthisme chronique. — Délire aigu, lypémaniaque. — Tentative de suicide. Hallucinations de l'ouïe contradictoires.*

Bar..., relieur, trente-cinq ans, entre le 17 mai 1861 à l'hospice de Bicêtre, service de M. Félix Voisin, 5e division, 1re section, 3e salle, n° 5.

Depuis plusieurs années, nombreux excès d'absinthe (10 à 15 verres, deux fois par semaine).

Depuis quelques mois, il a remarqué lui-même qu'il ne possède pas autant la mémoire des mots, des noms, des dates, et qu'il est sujet à des irrégularités de caractère, consistant à passer sans raison de la gaieté à la tristesse.

Depuis quinze jours, il est forcé, faute d'argent, de se priver d'absinthe.

Il y a quatre jours, hallucinations de l'ouïe qu'il lui semblait entendre dans la région frontale; ce même jour, il se rend à son atelier, a un air effaré qui le fait passer pour extraordinaire; pendant son déjeuner, *il entend des voix qui lui disent de manger et d'autres de ne pas manger.* Dans la rue, il se voit poursuivi par des agents de police pour chants politiques, et pour leur échapper, il se précipite dans une ouverture d'égout de la rue Jacob. Après en avoir été retiré, il est conduit à la Charité, dans le service de M. Malgaigne, où il est admis pour blessure à l'occiput. Comme il fait scandale et bruit dans la salle, il est transféré à Bicêtre le 17 mai 1861.

État actuel. — Il est calme et tranquille dans son lit. Il n'a pas le souvenir de ce qui s'est passé à la Charité. Parole nette, sans hésitation aucune. Pas de tremblement de la parole. Mémoire assez nette des dates, des jours et faits antérieurs à son entrée à la Charité.

Pendant la nuit dernière, hallucinations de l'ouïe et de la vue. Il conversait avec ses hallucinations. Pas d'hallucinations depuis le matin.

Pouls fort, 56 pulsations.

Sorti guéri le 15 juin 1861.

Les conceptions délirantes dominantes sont les idées de persécution, de culpabilité, d'influence magnétique; jointes à des hallucinations terrifiantes et injurieuses,

elles donnent la mesure de l'état de souffrance morale de ces aliénés ; aussi, pour échapper à ces tortures intimes, les uns vont-ils se plaindre à l'autorité et font ainsi découvrir leur délire ; d'autres cherchent-ils une fin dans le suicide ; tous, au reste, sont reconnaissables à leur affaissement moral et intellectuel.

Il est rare que cet état dure au delà d'un à deux mois, et que ces malades ne puissent, après un travail manuel de plusieurs semaines, être rendus à la liberté ; non pas qu'ils soient radicalement guéris, ils conservent en effet quelques symptômes d'alcoolisme chronique, ils ont moins de force musculaire, d'énergie morale, de facilité à travailler, à comprendre, moins de mémoire surtout ; mais les phénomènes aigus et les plus saillants ayant disparu, ils sont dans un état mental assez satisfaisant pour qu'il soit impossible de les maintenir plus longtemps dans un asile d'aliénés. Ils retombent avec une extrême facilité, après quelques excès, ou bien à la suite d'une peine morale ou d'une abstinence plus ou moins absolue d'aliments et d'alcooliques.

Le *délire d'orgueil*, *de satisfaction de soi-même*, est une forme que j'ai observée chez trois de mes malades et que je n'avais trouvée mentionnée dans aucun traité d'alcoolisme aigu ou chronique, avant l'époque où j'ai présenté un mémoire sur ce sujet en 1864 (*Annales méd. psychol.*) à la Société méd. psychologique ; le mode particulier de ces conceptions délirantes m'a paru assez tranché pour constituer une variété morbide distincte. *Deux* malades étaient buveurs d'eau-de-vie, et un troisième faisait abus d'absinthe.

Tous les *trois* étaient le jouet d'hallucinations de la vue ; l'un voyait le monde en porcelaine, des chevaux, des gens à dents énormes et des diamants en sa possession.

Saliv..., le buveur d'absinthe, se sentait mordu aux jambes par des serpents à sonnettes qu'il apercevait, et se trouvait transporté dans le paradis de Mahomet, au milieu de nombreuses femmes à ses ordres.

Tous présentaient, à un haut degré, un air bien tranché de satisfaction personnelle, parlant de leurs talents, de leurs mérites. L'un se croyait riche, se sentait aussi dispos qu'à vingt ans : « J'ai un associé ; mais c'est moi qui fais le plus important. » (Obs. IX.)

Debl... était très-satisfait de sa profession (Obs. XI), de ce qu'il y a gagné (il s'y est ruiné) ; il peut se transporter partout où il lui plaît, grâce à un talisman en chocolat que lui a envoyé l'électricité. Saliv... a des palais, des richesses, de nombreux serviteurs ; tout cela dit par lui, sans apparence de conviction ; du reste, quand on lui fait quelques observations contradictoires, il abandonne sa croyance pour passer à un autre sujet.

Loin de tenir le second rang dans le délire, ces conceptions morbides se manifes-

taient à la moindre parole de l'aliéné et dominaient les autres symptômes. C'est ainsi que les idées de persécution, nulles chez l'un de mes malades, ne se présentaient chez les autres qu'à de rares intervalles, étaient excessivement fugitives, et s'effaçaient complétement devant la fixité du premier délire.

En dehors de ces idées maladives, ces aliénés présentaient de la tendance à de mauvais instincts; aucune idée sociale ni de famille ne traversait leur esprit. Le manque du sentiment des convenances porté au plus haut degré, et un désordre complet dans la mise s'associaient à une absence totale ou à peu près de conscience et de jugement, et cependant Saliv... savait bien me dire, par instants, que « l'absinthe avait *autrefois* dérangé ses facultés morales, » mais on remarquera qu'il disait autrefois; en effet, il se sentait bien portant, et ne comprenait pas sa présence au milieu des fous; il riait de voir les gestes et d'entendre les voix des autres (obs. IX).

OBS. IX. — *Absinthisme chronique. — Délire de satisfaction de soi-même; idées de richesses.*

Saliv..., commis de commerce, trente-cinq ans, entre le 4 mai 1861 à l'hôpital de Bicêtre, 5e division, 1re section, service de M. Félix Voisin.

Père ivrogne et débauché, mort d'apoplexie, au dire du malade. Mère et sœur mortes d'une affection de poitrine (toutes deux avaient eu de grands chagrins de famille).

A eu en Afrique les fièvres, des maladies vénériennes; pas de syphilis.

Depuis de longues années, nombreux excès d'absinthe (cinq ou six verres par jour, et souvent absinthe pure). Il en était arrivé, c'est l'expression dont il se sert, à un état d'abrutissement tel, à une perte si complète de la mémoire, que personne ne voulait plus l'occuper, tellement on le considérait comme compromettant.

Depuis deux ans, privé de moyens d'existence, il a cessé de boire de l'absinthe; c'est depuis cette époque qu'il a commencé à ressentir un malaise général, une sensation pénible à l'épigastre, comparable à un besoin incessant de manger.

Le 3 mai 1861, il y a deux jours, il fut entraîné par des camarades et but six verres d'absinthe pure. Il tomba dans l'ivresse. Ramassé sur la voie publique, il fut amené à la préfecture de police. Là il se livra à des actes de violence, éprouva des hallucinations, assista à un combat d'éléphants, de rhinocéros dans l'île de Ceylan et entendit les grogrements de ces animaux.

Il sentait et voyait en même temps des serpents grisâtres lui mordre les jambes, et se rappelle qu'il les frappait pour les chasser.

État actuel. — Il me raconte avec calme et netteté tout ce qui s'est passé à la préfecture, sans hésitation, ni tremblement de la parole et des lèvres.

Pouls régulier, de force moyenne, 68 pulsations.

Pupilles irrégulières, celle de gauche plus large (à l'œil gauche, strabisme consécutif à une blessure du nez); celle de droite presque immobile.

Il porte dans son extérieur un air de satisfaction de soi-même qui s'accompagne d'un rire

un peu hébété. Il dit être très-riche, posséder des palais enchantés, de nombreux serviteurs; hier, il se voyait dans le palais de Mahomet, au milieu de femmes à son service. Il parle avec emphase de ses talents.

Il a, à un léger degré, conscience de son état; il a perdu tout sentiment affectif. Mémoire saine.

Aucun phénomène paralytique dans les membres ni dans la langue.

Tremblement des mains. La marche est rendue difficile par une douleur fémoro-tibiale gauche pour laquelle, il y a quelques jours, on lui a appliqué des ventouses scarifiées.

L'agitation qu'il présentait dans les deux jours qui ont suivi son entrée disparaît le 7 mai.

Pendant un séjour de six mois à Bicêtre, son état ne s'améliore pas. Il conserve un air bien net de satisfaction personnelle, commet des actes de méchanceté, conserve toute sa force musculaire, répète à chaque instant qu'il n'est pas malade, ne sait pas se conduire avec les autres malades et reste toutes les journées indolent et incapable de se rendre utile.

Il est transféré le 16 novembre 1861 à l'asile de Fains, où il est encore.

Voici son état actuel à Fains, d'après les renseignements que m'a transmis mon ami M. le docteur Bonnet, médecin de l'asile.

Il est insouciant, sans aucune spontanéité, très-satisfait de lui-même et de sa vie passée. Il est très-prétentieux, sans cependant présenter les conceptions délirantes, ambitieuses, multiformes, qui accompagnent la paralysie générale.

Les sentiments affectifs ont subi un commencement de destruction.

Saliv... présente de l'inégalité dans les pupilles et un tremblement du cercle ciliaire. La pupille gauche est plus large (ce signe observé par M. Bonnet concorde avec ce que j'ai observé moi-même sur ce malade à Bicêtre, et peut s'expliquer par l'ancienne blessure du nez). Pas de tremblement de la langue, pas de mouvements fibrillaires du visage, mais quand il parle, un peu de lenteur dans l'articulation des mots. La démarche est lourde; le malade est propre.

Sucre dans les urines. Ni anesthésie, ni analgésie. M. Bonnet note aussi une teinte violet-bleu de la peau, peu intense.

OBS. X. — *Alcoolisme chronique. — Agitation maniaque. — Délire d'orgueil. — Abcès froid. Mort. — Autopsie.*

Lién..., quarante-trois ans, colporteur, entre le 6 décembre à l'hôpital de Bicêtre, 5ᵉ division, 2ᵉ section, service de M. Moreau (de Tours).

Son père existe et est bien portant. Sa mère conserve, depuis une attaque d'apoplexie, de la déviation dans les traits de la face. Il est séparé judiciairement d'avec sa femme pour adultère. Il a toujours bégayé. Il y a sept mois, *delirium tremens* traité à Bicêtre.

Depuis longues années, abus de vin, d'eau-de-vie, de bitter et d'absinthe.

Il est amené à Bicêtre dans un état d'excitation maniaque, et dès son entrée, il lui est appliqué des ventouses scarifiées à la nuque, et ordonné une potion opiacée et la diète.

État le 9 décembre. — Mouvement continuel. Il parle et gesticule. Sa figure exprime le

contentement, la satisfaction de soi-même. La voix est enrouée; les mots viennent difficilement (il est bègue de naissance); la parole est souvent embrouillée. Au milieu d'une phrase sa parole s'arrête net, et après un moment d'arrêt et un mouvement forcé d'insalivation, il reprend la suite de sa phrase interrompue. Quand cette difficulté survient, il met la main à la bouche; il sent à ce moment quelque chose lui monter à la gorge; il y éprouve, ainsi qu'au cou, une sorte de constriction.

Tremblement continuel des lèvres. Il raconte ses affaires personnelles; il dit qu'il a un associé, mais que c'est lui qui fait le plus important. « J'ai toujours été le premier à table. Je suis tel que j'ai été à vingt ans; je ne resterai pas longtemps ici, parce que j'ai les moyens de sortir. » Il parle de richesses, d'argent, ne se trouve pas malade. Il sait le jour, le mois. La plupart de mes demandes sont suivies de réponses justes. Jugement et raisonnement absents; aucune conscience de son état. Hallucinations de la vue. Pupilles petites, contractiles.

Appétit; pas de soif. Langue blanchâtre. Tremblement léger des mains et des jambes. Les jambes pendant la marche ne sont pas écartées, mais il marche en zigzag. Motilité des mains normale. Pas de fourmillements. Sensibilité et chaleur de la peau normales. Pouls régulier, de force ordinaire, 72 pulsations. Pas de dyspnée.

Traitement. — Bains, potion calmante; une portion.

Le 18, plus de tremblement des muscles de la face. Idées d'orgueil; physionomie joyeuse. Il reste couché.

5 janvier. — Éruption furonculeuse générale.

11 février. — Rien de nouveau, si ce n'est que le malade s'affaiblit au milieu d'une agitation continuelle. Il est toujours tenu au lit. Aucun tremblement des lèvres ni de la langue.

26. — Tuméfaction, douleur de la cuisse gauche; on y perçoit de la fluctuation. Le délire est un peu plus tranquille. Il peut très-bien mouvoir ses jambes dans son lit, mais ne peut se tenir debout.

7 mars. — Il est transféré pour un abcès de la cuisse dans le service de chirurgie, où M. Broca fait une ponction dans la tumeur; il en sort un liquide purulent. Il est fait des injections iodées, dans les jours suivants. Le malade succombe le 25 mars 1861.

Autopsie. — Maigreur considérable.

Foie. — Volume ordinaire, ne dépasse pas les fausses côtes; deux plaques graisseuses à la surface du lobe droit.

Cerveau. — Après cinquante-quatre heures, et malgré une température très-élevée (30 degrés au-dessus de 0), il conserve une fermeté remarquable comme après une macération dans l'alcool (1). Légère congestion, aucun œdème méningé; pas de sérosité arachnoïdienne ni ventriculaire. Quelques taches opalines arachnoïdiennes. Cerveau et cervelet normaux à la coupe. Quelques arborisations vasculaires au plancher antérieur du quatrième ventricule.

(1) J'ai présenté en 1862, à la Société anatomique, deux cerveaux offrant le même caractère quatre et cinq jours après la mort.

Obs. XI. — *Alcoolisme chronique — Aliénation mentale aiguë. — Délire de satisfaction de soi-même. — Guérison de l'accès.*

Debl..., quarante et un ans, marchand de volaille, entre le 11 janvier 1861 à Bicêtre, 5e division, 1re section, service de M. Félix Voisin.

Habitudes alcooliques invétérées. Tous les matins, à jeun, eau-de-vie; dans le courant du jour, eau-de-vie, bière, vin, absinthe; ivresse rare. Inconduite.

Depuis un mois, le manque de ressources avait rendu impossible la satisfaction de sa passion. Sa femme remarqua depuis lors une certaine agitation, un désordre dans sa mise, dans ses affaires commerciales, certains actes incohérents, et le délire des paroles et des actes prenant des proportions effrayantes, elle demanda son placement à Bicêtre.

Au moment de son entrée, il présente de l'agitation, des idées de contentement, de la confusion dans l'esprit, des sueurs. On lui donne un bain.

État actuel. — Je l'examine le 13 janvier. Décubitus dorsal, sourire hébété. Face rouge; lèvres injectées. Agitation extrême (camisole de force). Il me donne des détails assez nets sur sa profession, sur les prix d'achat et de vente; la parole n'est pas nette et un peu tremblante.

A chaque moment, sourire niais. Ses traits expriment une notable satisfaction, quand il parle de sa profession et de ce qu'il y a gagné (il s'y est ruiné, je l'apprends par sa femme).

Il parle d'un talisman en chocolat que lui a envoyé l'électricité et qui lui permet de traverser les murs et de faire toutes ses volontés.

Il voit le monde en porcelaine; il apercevait, cette nuit, tout un quartier où les appartements étaient garnis de tapis, et les individus couverts de diamants, de parures; il y avait beaucoup de belles femmes.

Aucune conscience de son état; il fixe constamment le mur, et quand on lui demande à quoi il pense : « Je ne pense à rien, » répond-il. Pupilles de diamètre moyen, immobiles à la lumière. Langue blanche, peu de soif; appétit. Peau moite. Pouls régulier, plein, 72 pulsations. Pas d'anesthésie ni d'analgésie; pas de fourmillements; pas de tremblement des lèvres; léger tremblement des mains et des bras.

Traitement. — Ventouses scarifiées à la nuque (300 grammes de sang), deux pots de limonade. Diète.

15. — Une portion.

26 février. — Un peu de mieux. Il dit n'avoir pas été malade. Même atisfaction, même contentement de soi-même.

31 mars. — Le mieux est prononcé. La raison revient, mais il est encore égaré. Il ne peut trouver la porte d'entrée de la salle. Il écrit de lui-même à sa femme une lettre affectueuse.

2 avril. — Il me dit qu'il est malade depuis hier. Marche assurée. Rend avec intelligence des services à la surveillante de la salle. Bonne volonté.

La figure est calme et prend un caractère réfléchi; l'air de contentement n'existe plus. Un peu de brusquerie dans les actes.

4 mai. — Il promet de ne plus recommencer son même genre de vie, et apprécie très-bien

sa position et la nécessité de rester d'accord avec sa femme qu'il avait abandonnée. Va travailler à la terre avec bonne volonté. Pas de brusquerie.

10. — Guérison bien complète.

15 juin. — Sortie.

Janvier 1864. — La guérison ne s'est pas démentie.

Voici donc une forme spéciale de délire alcoolique caractérisé par de la satisfaction, du contentement de soi-même, une tendance à l'orgueil, par des idées de richesses et de bonheur, et en opposition formelle avec l'opinion généralement admise et écrite partout, que les conceptions délirantes de l'alcoolisme sont essentiellement dépressives.

Ce délire n'est pas systématique, Messieurs, et, suivant l'heureuse expression de M. Morel, coordonné, ainsi que cela s'observe dans certains délires monomaniaques; il pèche essentiellement par la logique, et rien dans les actes des malades ne concorde avec leurs récits. Le délire est tout superficiel; il n'impose son cachet qu'aux paroles et à la physionomie, semblable sous ce rapport à celui des paralytiques généraux : dans les deux cas, en effet, les conceptions sont excessivement fugaces; l'aliéné en fait bon marché, aussitôt qu'on les discute; il ne cherche nullement à faire passer dans l'esprit de l'observateur son apparence de conviction, et ne prend pas devant vous ce port, ce maintien, ce regard du monomaniaque atteint du délire des grandeurs. Pourtant, malgré cette similitude entre le délire de mes malades atteints d'alcoolisme et celui des paralytiques généraux, il n'était pas possible de confondre leur état morbide avec la méningo-encéphalite chronique, et d'ailleurs aucun d'eux jusqu'ici, et en particulier Debl..., que je vois de temps en temps, ne présente le moindre signe de paralysie générale.

C'est ainsi que l'un est sorti guéri de Bicêtre après un séjour de six mois, et que depuis, jusqu'en février 1863, sa santé est restée bonne; c'est ainsi qu'un autre qui a succombé à un abcès froid de la cuisse, ou plutôt à des accidents d'affection putride déterminés par l'ouverture artificielle de l'abcès, n'a présenté, à l'autopsie, aucune des lésions méningo-encéphaliques de la paralysie générale, et qu'un troisième aliéné, transféré à l'asile de Fains comme atteint de manie chronique, n'a offert jusqu'à ce jour aucun symptôme de paralysie générale.

Vous savez, Messieurs, que le diagnostic emprunte dans certains cas un grand intérêt à quelques phénomènes concomitants. Ainsi, deux de nos malades présentaient, à leur entrée à l'hôpital, du tremblement de la lèvre supérieure, de l'hésitation, et même une fois de l'embarras de la parole, caractères qui, coïncidant avec l'apparence satisfaite et le délire de contentement de soi-même, pouvaient tout d'abord faire penser à la paralysie générale.

Ces quelques considérations m'ont paru intéressantes en elles-mêmes et eu égard

aux opinions ayant cours sur le délire alcoolique. D'un autre côté, aucun auteur n'a signalé, que nous sachions, dans l'alcoolisme, le contentement de soi-même, la satisfaction personnelle, et, au contraire, on s'est fondé sur l'absence de ce signe pour distinguer l'alcoolisme chronique de la méningo-encéphalite diffuse; c'est ainsi que, dans un remarquable résumé critique, M. le professeur Lasègue s'exprimait, il y a quelques années, en ces termes : « Les alcooliques n'ont pas, bien s'en faut, l'indifférence, encore moins la satisfaction des paralytiques (1). »

Si nous en croyons les données que nous a fournies l'observation, l'on ne s'attachera pas à l'absence de ces symptômes dépressifs pour arriver au diagnostic de l'alcoolisme chronique.

L'on nous dira : Si chez vos malades le délire de satisfaction est le même que chez les paralytiques, cela tient à ce que vous avez eu affaire à des cas où la paralysie générale avait débuté par de la tendance aux excès, et s'était accompagnée d'intoxication alcoolique; mais heureusement nous avons pu suivre deux des malades (nous avons fait l'autopsie du troisième, obs. X) et prouver que ces individus n'ont eu jusqu'à ce jour aucun phénomène de paralysie générale.

Nous aurons, du reste, l'occasion de revenir, dans une autre leçon, sur cette série de faits et de rapporter d'autres observations d'alcoolisme chronique, non compliqué de paralysie générale, où dominent les idées de satisfaction et de contentement de soi-même.

En résumé, nous avons cherché à vous démontrer : 1° qu'il est une catégorie d'aliénés atteints de délire aigu et passager, précédé ou non de *delirium tremens*, et survenu en l'*absence* de toute *habitude invétérée de boissons alcooliques*.

2° Que, dans une seconde catégorie, comprenant des ivrognes de profession (plusieurs ayant déjà été atteints de *delirium tremens*, et présentant tous certains caractères de l'alcoolisme chronique), on observe des accès d'aliénation mentale aiguë, de peu de durée, et caractérisés le plus souvent, ainsi que cela est admis aujourd'hui, par un délire lypémaniaque ou stupide, ou par des hallucinations ; enfin, nous vous avons décrit un genre spécial, jusqu'ici non signalé, de délire de *satisfaction*, de *contentement de soi-même*, d'orgueil même, chez des malades entièrement *étrangers* à la paralysie générale.

En dehors du délire de satisfaction, de contentement, la lypémanie, la stupidité avaient bien été décrites, mais sans que l'on eût suffisamment insisté sur ces accès d'aliénation mentale aiguë qui se déclarent chez des individus déjà atteints d'alcoolisme chronique, et laissent après eux un état mental en apparence normal.

(1) *Archives générales de Médecine*, janvier 1863, p. 63.

XIV

Troubles chroniques de l'intelligence dans l'alcoolisme et l'absinthisme chroniques.

Étudiés dans leur ensemble, les symptômes de l'alcoolisme chronique ont surtout trait à la mémoire et aux facultés morales, et, en particulier, au sens moral, au sentiment social, à la force et à l'énergie du caractère. On a dit à tort que les hallucinations étaient le cortége inévitable de l'alcoolisme; nous avons publié, dans la *Gazette des hôpitaux* (mars 1864), une observation d'intoxication alcoolique aiguë non accompagnée d'hallucinations; le fait est encore moins rare dans l'alcoolisme chronique, et nombre de ces alcoolisés n'ont pas d'hallucinations; cela se comprend, du reste, si l'on veut bien se persuader que l'hallucination ne se produit chez eux qu'autant que les nerfs optiques ou auditifs sont congestionnés dans la portion de l'encéphale qui constitue leur origine apparente ou réelle.

Tantôt les facultés intellectuelles et morales sont troublées dans leur généralité, tantôt elles ne le sont que partiellement; quelquefois même l'alcoolisme n'atteint qu'une seule faculté : aussi l'étude symptomatique de cet état morbide me paraît pouvoir se prêter facilement à plusieurs catégories.

L'amnésie est un des phénomènes morbides que provoque le plus souvent l'abus des boissons alcooliques; il manque très-rarement; la mémoire peut n'être qu'affaiblie, mais cet état est ordinairement assez notable pour que ceux qui approchent le malade s'en aperçoivent; il a de la peine à trouver les mots, les expressions propres, les noms des choses, des dates, des rues, etc., et le discours est embarrassé par des temps d'arrêt, des périphrases et des mots, tels que : chose, etc.; si nous ajoutons à cela de la lourdeur dans les idées, de l'hébétude du visage, de la torpeur, nous aurons, à peu près, complété le portrait d'une quantité considérable d'habitants des grandes villes que l'on rencontre chaque jour, mais que des circonstances fortuites seules ou des maladies permettent d'observer. Ces individus sont prévenants, obligeants même à l'excès; il semble que ces actes ont pour but de couvrir l'insuffisance de leur conversation et la faiblesse de leur intelligence.

J'ai pu étudier plusieurs de ces malades à la Charité, dans le service de M. le professeur Bouillaud, et dans les différents services auxquels j'ai été attaché.

Un certain nombre d'alcoolisés présentent de *l'amnésie et de la gêne de la parole*, qui est hésitante, mal détachée, ânonnée. La gêne de la parole nous a paru dépendre quelquefois de l'imperfection de la mémoire; le malade ânonne, hésite dans la

conversation, parce qu'il ne peut trouver les mots et les expressions propres ; il était impossible, dans l'observation suivante en particulier, d'attribuer le trouble de la parole au tremblement de la langue. Le malade avait conscience d'une diminution de sa mémoire en général ; sa parole était hésitante ; les mots se détachaient mal et étaient comme embrouillés, quoique la langue ne tremblât pas et jouît de tous ses mouvements. Il nous a paru que la difficulté de parler tenait à de l'amnésie, parce que le langage écrit était aussi imparfait que le langage parlé.

Obs. XII. — *Alcoolisme chronique. — Amnésie et aphasie par amnésie.*

Au n° 14 de la salle Saint-Jean-de-Dieu, à la Charité, service de M. Bouillaud, est couché le nommé Gour..., âgé de cinquante-neuf ans, garçon boulanger.

Depuis longues années, abus de vins rouge et blanc, le matin à jeun ; jusqu'à il y a cinq ans à peu près, le malade se grisait au moins deux fois par semaine.

Il entre à l'hôpital pour des douleurs épigastriques, des vomissements verdâtres, survenus il y a six jours, et un commencement d'érysipèle qui s'est manifesté hier sur le nez. La fièvre est modérée, la peau grasse, le pouls dépressible, bat à 76-80. La mémoire est généralement très-infidèle ; le malade en a conscience ; la parole est hésitante, un peu embrouillée ; les mots se détachent mal. Il a autant de peine à écrire une phrase qu'à la dire. Pas de tremblement de la langue.

La nuit, rêves fantastiques très-fatigants, dont quelques-uns concernent sa profession de boulanger. Tremblement des mains, suivant le sens latéral, analogue aux mouvements d'une main qui joue un arpége sur le piano.

L'érysipèle dure six jours en tout, et le malade sort de l'hôpital conservant les troubles intellectuels signalés. Il n'a pas présenté, pendant son séjour dans les salles, d'hallucinations durant l'état de veille.

La dysphasie (1) tient, dans d'autres cas, à un trouble de la faculté du langage articulé ou de la coordination des mouvements nécessaires à la parole ; ainsi dans l'observation suivante, qui présente un grand intérêt, eu égard à la guérison complète qui a été obtenue par un séton à la nuque et l'abstinence complète de vin pur et de liqueurs, il me paraît évident que les phénomènes observés tenaient à un état congestif des lobes antérieurs du cerveau, état d'hypérémie que l'on trouvait dans les conjonctives oculaires.

Obs. XIII. — *Alcoolisme chronique. — Amnésie légère. — Troubles de la faculté du langage articulé.*

Au n° 21 de la salle Saint-Jean-de-Dieu, à la Charité, service de M. Bouillaud, est couché le nommé Haren..., âgé de quarante-cinq ans, marchand de vins.

(1) J'emploie ce mot, parce que quelques médecins attachent à la lettre *a* privatif un sens entièrement négatif, qui n'est pas ici dans ma pensée.

Le malade exerce depuis dix-huit mois le métier de marchand de vins à bon marché et frelatés. Pour engager les clients à boire, il a beaucoup bu de vin et d'absinthe (trois verres d'absinthe par jour, au moins). Après chaque prise d'absinthe, il éprouvait des étourdissements, une sensation de serrement dans les tempes et les mâchoires, un agacement nerveux général; peu à peu, il a remarqué de la diminution et même des absences complètes de mémoire. Depuis un an, perte de la fonction génésique; à plusieurs reprises, il a été pris de tremblements qui duraient près de vingt-quatre heures, et qui disparaissaient à la suite de sueurs.

Depuis six mois, diminution de la force des membres : étourdissements, sensations désagréables de brûlure aux tempes, aux yeux, au sinciput; froid aux pieds; sensibilité des pieds émoussée.

Depuis six mois, ne peut plus écrire à cause du tremblement des mains.

Il y a trois mois, à la suite d'une discussion, il a éprouvé une sorte de coup de fouet dans les jarrets, a perdu connaissance, est tombé sur un trottoir et est resté pendant quatre heures chez un pharmacien, dans un état inquiétant.

Depuis trois mois, clignotement continuel des paupières. Depuis deux mois, il voit, pendant la nuit et étant éveillé, des ombres, des hommes, des femmes, des animaux, des chiens, des rats, etc., et il sort de son lit pour les chasser.

Il y a deux mois, il lui est arrivé un jour de ne pouvoir s'exprimer.

Depuis qu'il a quitté, il y a un mois, son commerce de vins, pour cause de mauvaises affaires, il a remarqué que sa mémoire devenait moins infidèle, que la faiblesse musculaire était moins grande; mais la lourdeur de tête, les tournoiements, les étourdissements sont les mêmes.

État à son entrée, le 27 *novembre* 1863. — Hébétude profonde empreinte sur les traits du visage. Tremblement fibrillaire dans les muscles de la face.

Le malade répond parfaitement à toutes les questions; a conscience de son état; la mémoire est peu troublée. La parole est notablement gênée par moments, tandis que, dans d'autres, la phrase est nette et nullement embarrassée; dans le premier cas, le malade hésite, ânonne, et ne parvient à terminer son mot, à rendre sa pensée, qu'après des efforts visibles. Il écrit facilement tout ce qu'il veut dire.

Sensation désagréable de constriction dans les régions temporales et d'agacement dans les mâchoires. La mâchoire inférieure est mue involontairement, de sorte que les dents inférieures et supérieures frottent les unes contre les autres.

Mouvements normaux de la langue; pas de tremblement.

Rougeur des conjonctives oculaires; force musculaire des mains très-diminuée; hésitation de la marche; il s'affaisse pour peu que j'appuie sur ses épaules. Jet d'urine moins fort qu'auparavant. Pouls faible, dépressible : 68 pulsations.

Le foie déborde, en haut, de trois travers de doigt le mamelon droit et, en bas, de deux travers et demi, le rebord des fausses côtes droites.

Traitement. — Séton à la nuque; trois bains sulfureux par semaine; limonade vineuse.

5 février. — Le malade a conservé son séton jusqu'à ce jour.

Aucune hébétude du visage; pas de tremblement des membres, des lèvres, ni de la langue.

La parole n'est plus troublée; elle est nette, rapide; la mémoire est un peu diminuée. Plus de rougeur conjonctivale ni de céphalalgie; démarche sûre.

10 mars. — Le malade a toujours son séton; il est assez bien pour sortir.

L'intelligence est le plus souvent lésée dans son attribut le plus important : la *conscience;* les malades n'ont pas une notion nette de la cause de leur état morbide, et il est impossible de faire comprendre à la plupart qu'il résulte de l'abus des alcooliques; à celui-ci, que personne ne veut plus employer; à tel autre, abandonné et trahi par sa femme; à tous, ou à peu près, tombés dans la misère et partout repoussés, on ne peut persuader que les excès ont seuls produit ce résultat funeste; ils ne vous croient pas, et ont un thème préparé d'avance pour tout expliquer.

C'est ainsi qu'un individu, couché au n° 9 de la salle Saint-Jean-de-Dieu, à la Charité, ancien maître d'études dans un lycée de Paris, et renfermé deux fois déjà à Bicêtre pour alcoolisme, s'étonnait que l'on ne voulût plus de lui, et attribuait son manque de ressources et le refus qu'on opposait à l'employer, au discrédit que jette le nom de Bicêtre sur ceux qui y ont été renfermés. — Ce même homme, sorti de l'hôpital, me poursuivit un jour de ses doléances dans la rue : « *Bicêtre me nuit beaucoup* », me disait-il, et son haleine était alcoolique au plus haut point. Ainsi, il attribuait à son précédent séjour à Bicêtre, lequel pouvait être ignoré, un manque de travail qui n'avait pour cause certaine qu'un état continu de demi-ébriété repoussante.

Deux malades, que j'ai observés à la Charité, présentaient de la *singularité et de l'originalité dans le caractère et certains actes*, *une prévenance et une obligeance exagérées.* L'attention de l'un d'eux était impossible à fixer; il ne restait assidu à aucun ouvrage, éprouvait à chaque instant le besoin de changer de place, avait peu de patience, ne faisait rien avec calme. Le raisonnement n'avait pas de prise sur lui si l'on voulait discuter, tandis qu'il montrait une grande bonne volonté à obéir quand on le chargeait d'une commission, et il s'employait volontiers à frotter la salle. Il avait une habitude : c'était de venir vous parler de choses sans importance.

OBS. XIV. — *Alcoolisme chronique. — Singularités de caractère.*

Au n° 28 de la salle Saint-Jean-de-Dieu, service de M. Billaud, est couché le nommé Coq..., quarante ans.

Depuis l'âge de quinze ans, il boit le matin à jeun, du vin et de l'eau-de-vie, et, dans chaque journée, un quart ou un demi-litre de cette liqueur.

En 1851, *delirium tremens*, pour lequel il a été conduit dans la section des aliénés de Bicêtre; il y est resté trois mois.

En 1853, idées de persécution, *delirium tremens*; nouveau séjour de trois mois à Bicêtre.

Depuis plusieurs années, le malade ne peut rester longtemps dans la même place comme ouvrier, ni se tenir assidu à un ouvrage quelconque.

Il entre à l'hôpital de la Charité pour des coliques saturnines, contractées à la fabrique de céruse de Clichy.

État à son entrée, le 18 *janvier* 1864. — Mémoire peu fidèle; il ne sait pas ce qu'il a fait il y a quinze jours; ce matin, au bureau de l'hôpital, il a eu beaucoup de peine à se rappeler les renseignements qu'on lui demandait, concernant son domicile, etc.

La parole est très-nette, vive par moments; dans d'autres, la phrase est interrompue, parce qu'il ne peut trouver les mots et les expressions propres.

Il a très peu-de patience et de calme; il est difficile de le convaincre que les excès l'ont rendu malade.

Céphalalgie sincipitale; sensation de chaleur et de bouffées à la tête; diminution de la force musculaire des mains et des jambes; sensibilité aux pincements obtuse.

Peau chaude, non sudorale, 72-76 pulsations. Pas d'augmentation de la matité du foie; à la pointe et à la base du cœur, le premier craquement est suivi d'un souffle, ni dur ni doux. Veines du cou saillantes.

Traitement. — Deux portions; trois bains sulfureux par semaine.

19. Le malade m'appelle près de lui, pour me demander, tout bas, pardon d'avoir menti à la médecine.

31. Le malade vient souvent me parler tout bas, ainsi qu'à la Mère de la salle. On croirait qu'il va raconter des secrets ou des choses importantes, mais cela se borne à demander un peu plus de pain ou de vin, etc.

Février. — Il s'occupe à frotter la salle; il le fait avec bonne volonté. Pas d'actes déraisonnables.

Un malade, entré dans le service de M. Bouillaud, pour une légère pneumonie, faisait, après sa guérison, des observations sur tout ce qui se passait dans la salle, était récalcitrant, raisonneur, pleurait et riait sans motif.

Obs. XV. — *Alcoolisme chronique. — Singularités de caractère.*

Au n° 10 de la salle Saint-Jean-de-Dieu est couché le nommé Flab..., trente-neuf ans, musicien.

Depuis longues années, excès alcooliques de toutes sortes.

Entre dans la salle le 29 février 1864, pour une pneumonie au premier degré du poumon droit. — Après sa guérison, cet homme nous frappe par certaines singularités de caractère; il fait des observations sur tout ce qui se passe dans la salle, se mêle de tout, est tracassier, raisonneur, pleure et rit au plus léger motif. Cet état persiste au moment où il sort de l'hôpital, le 9 mars.

Beaucoup d'alcoolisés chroniques présentent dans leurs rapports avec le médecin qui les a soignés ou qui les a étudiés, quelque chose de particulier; ils manifestent

envers lui une crainte, une soumission respectueuses, un empressement à être prévenants, qui ne laisse pas que de paraître exagéré et emprunté. Quand ils aperçoivent le médecin hors de l'asile ou de l'hôpital, ils se précipitent vers lui avec un air satisfait et joyeux, et s'efforcent de lui être agréables en mettant leurs services à sa disposition ; ces actes et ces manières d'être de leur part m'ont paru pouvoir s'expliquer de deux façons ; soit parce que le médecin sait le côté mauvais de leur individualité, connaît le secret de leurs habitudes honteuses, et qu'ils pensent pouvoir effacer cette tache à force de prévenances et de procédés empressés (1), soit parce que leur intelligence amoindrie n'entrevoit pas la portée de certains actes et qu'ils sont souvent assimilables à des enfants pour la faiblesse du jugement et l'appréciation défectueuse des choses ordinaires de la vie. C'est ainsi que nous ne pouvions entrer, mon grand-père et moi, dans une maison dont le concierge est un alcoolisé chronique, enfermé maintes fois à Bicêtre, sans qu'il ne courût après nous dans l'escalier, pour nous faire des protestations affectueuses.

L'exagération dans l'obligeance et la prévenance sont aussi à noter chez quelques alcoolisés chroniques, dans leurs rapports avec les autres malades ; nous en avons vu qui avaient pour leurs camarades de salle des attentions enfantines, et comparables aux soins d'un enfant pour sa poupée. — Ric... (obs. XXXIII), Legr... (obs. XXXIV).

Les relations des alcoolisés avec leurs femmes, leurs enfants, leurs parents, sont loin d'être sur ce ton aimable qu'ils prennent avec les étrangers ; presque toujours leur caractère est violent, bizarre, et d'autant plus irritable et colère qu'ils s'exposent à des observations sur leur dérèglement et leur inconduite. (Obs. de Legr...).

D'autres, parmi les alcoolisés, ont une tendance à faire des drôleries, à commettre des actes extravagants pour lesquels la police les incarcère. Ainsi M. Lasègue racontait, il y a quelques années, à son cours, que dernièrement un alcoolisé avait été arrêté pour avoir fustigé, avec ses mains, une vieille femme en pleine rue ; qu'un autre avait fait, sur la voie publique, un singulier attentat à la pudeur.

Certains *troubles des facultés morales*, *tels que la tristesse*, *le découragement*, *la nonchalance*, *le manque d'initiative*, *d'énergie*, *la diminution de la liberté morale*, *la faiblesse de caractère*, sont des symptômes fréquents de l'alcoolisme chronique ; ils se lient presque toujours à une amnésie plus ou moins avancée, et s'observent en l'absence de tout trouble hallucinatoire.

Cette catégorie de malades se voit surtout dans les hôpitaux généraux ou dans la clientèle privée.

(1) Comparez l'état de Ric... (obs. XXXIII), de Legr... (obs. XXXIV) et de Debl... (obs. XI).

Obs. XVI. — *Absinthisme chronique. — Tristesse. — Amnésie.*

Au n° 7 de la salle de Saint-Jean-de-Dieu, à la Charité, est couché le nommé Ginv..., quarante-deux ans, limonadier.

Étant soldat en Afrique, cet homme a pris l'habitude de boire jusqu'à cinq verres d'absinthe par jour; depuis quatre ans, il n'en boit plus qu'une fois par jour. Il a toujours remarqué qu'après avoir pris de cette liqueur, il ressentait de la lourdeur de tête et une montée de chaleur qui s'accompagnaient de rougeur de la face. Depuis quatre ans, éblouissements et sentiments fréquents de chaleur à la tête.

Il y a trois ans, il s'est réveillé un matin, les membres du côté gauche paralysés; cela a duré vingt jours.

Il y a un an, paralysie de la motilité du membre supérieur gauche, guérie au bout de deux mois.

Il entre à l'hôpital pour des douleurs dans les articulations de la main droite, qu'il a contractées en couchant sous une tente, par un temps humide.

État à son entrée, le 5 *septembre* 1862. — Cheveux très-gris, surtout au sinciput; hébétude du visage; pas de vivacité dans les traits. Diminution de la mémoire des dates, des noms. Caractère très-triste; a une apparence chagrine (autrefois il était très-gai). Il recherche maintenant la solitude.

Pas d'hallucinations (il en a eu après des libations), lourdeur de tête, vue éblouie, ouïe dure à gauche. Tremblement des deux mains et des deux avant-bras. Peau d'une chaleur moyenne; pouls régulier, de force ordinaire, 64-68 pulsations. Appétit conservé. Jet d'urine moins fort qu'autrefois; la miction dure plus longtemps aussi. Rien autre à la main droite que de la gêne dans l'extension. Peu de douleurs.

Traitement. — Extrait thébaïque 0,03; bain de pieds sinapisé; une portion.

10. Les muscles extenseurs de la main droite se contractent bien sous l'influence de l'électricité. Sensibilité électro-musculaire normale. Même gêne dans les mouvements de la main droite.

Traitement. — Douches froides chaque matin, pendant une minute.

17 octobre. Guérison des phénomènes pour lesquels il est entré à l'hôpital. Persistance des troubles intellectuels et moraux. *Exeat.*

Chez un autre malade, le caractère avait subi plus d'une transformation; de gai et de doux, il était devenu triste et colère.

Obs. XVII. — *Absinthisme chronique. — Modifications dans le caractère.*

Au n° 14 de la salle Saint-Jean-de-Dieu, à la Charité, est couché le nommé Pan..., dix-neuf ans, garçon boulanger.

Depuis huit mois, abus répétés de liqueurs et, en particulier, d'absinthe (60 à 100 gr. par jour).

Depuis quatre mois, diminution de la mémoire; changements dans le caractère.

Chaque fois qu'il prend de l'absinthe, il ressent dans la région frontale une sensation d'étourdissement qui dure près d'une heure, et il éprouve un besoin irrésistible de dormir, ainsi qu'une sensation de chaleur des plus agréables.

Une heure ou une heure et demie après, survient un tremblement des membres qui l'empêche de pétrir la pâte. Depuis que son caractère est devenu sombre, l'absinthe a pour effet de lui rendre sa gaieté première, la parole vive, et de faire subir à son individu une transformation considérable, mais passagère.

État actuel, le 9 *décembre* 1860. — Le facies est triste, morose. Diminution notable de la mémoire des mots, des noms, des dates. Le malade sent qu'il a de la peine à soutenir une conversation suivie. Parole un peu embarrassée ; la langue est comme lourde.

Le caractère est triste, de gai qu'il était autrefois; au lieu d'être doux, il est colère, emporté. Disposition à mentir à propos de tout.

Sommeil agité par des rêves très-fatigants, concernant des précipices, des loups, des assassins, des parents et sa mère, dont il entend les voix. Pupilles bien contractiles, de diamètre uniforme et normal. Fourmillements passagers dans les membres inférieurs. Tremblement des mains (écrit son nom en tremblant). Diminution de motilité des membres. Absence de désirs vénériens depuis plusieurs mois.

Rien de particulier du côté du tube digestif et de ses annexes. Tuméfaction douloureuse des doigts et des coudes. Peau sudorale; 92 pulsations.

Traitement. — Ventouses scarifiées aux coudes et aux mains; deux palettes.

Le 30. *Exeat.* Plus de douleurs articulaires. Même état moral et mental.

Le malade suivant était assiégé par des idées tristes, avait moins d'énergie, moins d'aptitude pour le travail ; sa mémoire était aussi très-diminuée.

Obs. XVIII. — *Absinthisme chronique. — Tristesse. — Amnésie. — Nonchalance.*

Au n° 15 de la salle Saint-Jean-de-Dieu est couché le nommé Jou..., cinquante et un ans, journalier.

En Afrique, où il a séjourné jusqu'à il y a huit ans, nombreux excès d'absinthe; moins d'abus depuis huit ans.

Il s'est aperçu, il y a une vingtaine d'années, que sa mémoire s'affaiblissait. Depuis, à ce phénomène se sont ajoutées très-lentement de la tristesse, des idées noires, de la diminution dans l'énergie et dans l'aptitude au travail.

Il y a deux ans, pneumonie; depuis, il a conservé des palpitations, et c'est pour ce symptôme qu'il entre à l'hôpital.

État actuel à son entrée, le 26 *mai* 1862. — Apparence fatiguée; air ennuyé; dit avoir des idées tristes; pas d'hallucinations; peu d'énergie, peu d'aptitude au travail. Mémoire des noms, des dates, diminuée.

Vue faible, brouillée; clignotement dans les paupières gauches. Peau normale, 64 pulsations régulières. Cœur non hypertrophié. Bruits du cœur sourds. Au premier temps, à la pointe, souffle rude, peu fort. Palpitations au moindre effort. Digestions difficiles; renvois

amers. Soif; urine souvent; se lève trois fois la nuit pour uriner. Pas de sucre dans l'urine. Tremblement des mains; faiblesse des membres.

Traitement. — Deux portions. Digitale, 0,20 par jour, en deux pilules.

Exeat le 2 juillet.

La diminution d'énergie au travail est un fait des plus fréquents, et ressort des réponses des alcoolisés sur les salaires qui leur sont dévolus dans leurs travaux. Tous racontent, sans en comprendre l'importance, ni se douter de la portée de leur dire, qu'ils gagnent moins qu'autrefois (un tiers et même la moitié); aussi la plupart tombent dans un état de dénûment et de misère que ne font qu'aggraver leur nonchalance et leur manque d'initiative. Ces deux états moraux étaient prédominants chez le malade suivant.

Obs. XIX. — *Absinthisme chronique.* — *Nonchalance.* — *Manque d'initiative.*

Au n° 15 de la salle Saint-Jean-de-Dieu, à la Charité, service de M. Bouillaud, est couché le nommé de la Huberdi..., cinquante-huit ans, écrivain.

Nombreux excès d'absinthe depuis un séjour de dix ans en Afrique, il y a vingt-cinq ans.

Depuis longues années, existence misérable, diminution de la mémoire, faiblesse progressive des membres.

Vient à l'hôpital pour la diarrhée et des coliques datant de quinze jours.

État actuel, le 5 *novembre* 1862. — Teinte pâle de la peau; maigreur; mollesse des chairs. Peu d'expression dans les traits du visage; apparence de nonchalance; absence de toute initiative; découragement profond. Faiblesse considérable de la mémoire. Diarrhée (dix selles en vingt-quatre heures). Douleurs anales après chaque selle; un peu de ténesme. Ventre tuméfié, dur, modérément douloureux à la pression.

Cœur, haut de 12 cent., large de 10 cent. Pas de souffle anormal; bruits sourds. — Faiblesse musculaire.

Traitement. — Potages au lait. Extrait thébaïque 0,06, en deux pilules.

10. Plus de diarrhée; lactate de fer en pastilles, vin de Bagnols, bains sulfureux.

20 novembre. Même état moral.

Chez certains malades, la cause de leur état misérable consiste surtout dans un doute continuel sur leur valeur propre, sur leurs capacités, sur la possibilité de réussir et de travailler convenablement comme les autres. La défiance d'eux-mêmes empoisonne leur existence et met obstacle à toutes leurs entreprises, aux projets et aux démarches les plus simples.

Obs. XX. — *Absinthisme chronique.* — *Doute de soi-même.* — *Diminution de l'énergie morale.*

Le nommé Mort..., typographe, trente-neuf ans, a pris l'habitude, depuis l'âge de dix-sept ans, de faire des abus de vin, et, depuis trois ans, d'user avec excès d'absinthe (trois petits verres par jour).

Depuis dix-huit mois, céphalalgie; diminution de la mémoire, de l'énergie morale; tremblement des mains, faiblesse de la vue et décoloration des cheveux.

A son entrée à la Charité, salle Saint-Jean-de-Dieu, n° 28, le 17 avril 1860, il présente une peau très-pâle, une certaine bouffissure générale et une physionomie très-peu expressive. Sensation de vague, d'embarras dans la région frontale.

Le malade ne se rappelle pas souvent ce qu'on lui a commandé cinq minutes avant; il sent sa volonté moins active, moins forte, son énergie morale moindre; se laisse facilement aller au découragement, et surtout est assiégé par un doute incessant de lui-même et un sentiment de défiance qui s'attache à tout objet de ses pensées.

Peu de sommeil : ni illusions, ni hallucinations.

Pupilles égales, bien contractiles; voit à peine à la distance de vingt pieds; il ne distingue plus alors les couleurs. Il ne peut plus lire les manuscrits pour composer les planches d'impression. Urine non albumineuse, ni sucrée. Tremblement des mains. Motilité des membres diminuée. Marche un peu hésitante; pas d'anesthésie.

Sensation de froid dans tout le corps; pendant la nuit, chaleur et sueurs. Cœur non hypertrophié. Pouls mou, régulier, 56 pulsations.

Exeat le 30 avril, dans le même état.

Les facultés morales étaient singulièrement lésées, sous des formes diverses, chez trois autres malades dont la tenue, le port et la physionomie étaient plutôt ceux d'enfants que d'hommes; l'un pleurait sans motifs, l'autre riait à tout propos, et un troisième était peureux, timide et craintif comme une fille.

OBS. XXI. — *Alcoolisme chronique. — Excès en tous genres. — Pleurs faciles.*

Au n° 20 de la salle Saint-Jean-de-Dieu, à la Charité, est couché le nommé Devill..., cinquante ans, peintre.

Depuis l'âge de seize ans, nombreux excès en tous genres; il y a vingt ans qu'il s'aperçoit que sa mémoire faiblit, et qu'il devient triste.

État à son entrée, le 10 *juillet* 1863. — Expression d'hébétude, regard terne; teinte jaune pâle de la peau, mémoire modérément affaiblie; diminution de l'énergie dans le travail; pleurs très-faciles; il suffit de lui parler de ses habitudes d'ivresse, de ses travaux de peintre, pour lui faire verser des larmes, et même elles coulent sans motif apparent; les pleurs contrastent singulièrement avec l'insignifiance de la physionomie.

Pupilles égales; vue très-affaiblie; ne peut pas lire les lettres ordinaires. Cœur non hypertrophié; palpitations assez fréquentes. Pouls très-dépressible. La hauteur du foie dans la ligne mamillaire n'est que de 0,06. Urine non albumineuse. Motilité diminuée dans les membres.

Exeat le 20 juillet, dans le même état.

OBS. XXII. — *Alcoolisme chronique. — Rires sans motifs. — Hébétude.*

Au n° 10 de la salle Saint-Jean-de-Dieu, à la Charité, est couché le nommé Pliss..., cinquante-huit ans, porteur à la halle.

Nombreux excès alcooliques (eau-de-vie et vin) pendant l'exercice de sa profession.

Depuis dix-huit mois, étourdissements fréquents dans les positions debout ou assise; sensation de tournoiement et vue brouillée.

État à son entrée, le 29 *novembre* 1862. — Nez tout rouge et comme bourgeonné; regard apathique et sans expression par moments; dans d'autres, rire bête, nullement provoqué et durant plusieurs minutes, sans que le malade l'explique; le rire est en contradiction avec le fond de la physionomie qui est terne ou plutôt triste : il rit bêtement à tout ce que lui demande M. Bouillaud.

La conception des idées et les réponses sont très-lentes; le malade cherche plusieurs secondes ce qu'il va dire quand on lui fait une question, et encore il faut la répéter plusieurs fois.

Diminution de la motilité des membres; peu de tremblement des mains : les avant-bras et les bras sont comparativement maigres, vu son état de porteur aux halles. Pouls, 68-72.

Traitement. — Bains sulfureux; deux portions.

30. — Paroles incohérentes.

Exeat le 1er décembre, dans le même état.

OBS. XXIII. — *Alcoolisme chronique. — Troubles moraux. — Caractère devenu paresseux, craintif. — Troubles de l'équilibration. — Amnésie.*

Au n° 6 de la salle Saint-Jean-de-Dieu, à la Charité, est couché le nommé Moli..., cinquante ans, corroyeur.

Pendant son enfance, le malade a eu la variole. Depuis sa jeunesse, il est dans l'habitude de boire plusieurs verres d'eau-de-vie par jour et à jeun; il a commis de nombreux abus de liqueurs alcooliques pendant des voyages en Angleterre et en Amérique, et s'est souvent enivré.

Il y a un an, il a été traité à la Pitié pour une maladie fébrile accompagnée de céphalalgie, étourdissements, trouble de la vue, qui ont persisté depuis.

Il y a plusieurs années qu'il s'aperçoit de la diminution de sa mémoire et de modifications profondes de son caractère, qui est devenu morose, de sa manière d'être, qui est calme, tandis qu'il était auparavant vif et turbulent.

Il ne peut plus travailler depuis un mois, à cause des étourdissements, des vertiges, des tournoiements de tête et de l'incertitude de sa vue.

Etat à son entrée, le 11 *mars* 1863. — Le nez est très-rouge; le facies porte l'empreinte d'une hébétude profonde; par moments, les traits sont illuminés par un rire d'enfant, venu sans aucun motif; un instant après apparaissent des pleurs sans raison. Il est peureux et craintif comme un enfant; quand j'approche ma main de son front pour constater la chaleur de sa peau, il recule.

La mémoire des mots, des noms, est diminuée; il ne se rappelle pas ce qu'il vient de dire un moment avant, de sorte qu'il répète la même chose à courts intervalles. Il sait mal ce qui s'est passé depuis un an, ne peut dire la date de sa naissance; quand il parle, la phrase est lente, se fait comme à bâtons rompus : cela tient à ce qu'il ne peut se rappeler les mots, et

qu'il ne sait ce qu'il va répondre; la conception des idées n'est pas moins troublée que la mémoire des mots. Je dois dire cependant que jamais il n'emploie un mot pour un autre. Son caractère est encore assez gai, mais il m'assure qu'il se trouve morose comparativement à son état d'autrefois. Pas d'hallucinations. Sensation de gonflement, et bourdonnements dans les régions temporales; la vue est diminuée : pour me regarder, il met une de ses mains à la tempe droite, comme si le soleil le gênait, et il ferme la paupière de l'œil gauche. De temps en temps, un peu de diplopie; les deux yeux ne sont pas tout à fait dans le même axe. Les pupilles ne présentent rien d'anormal; à la demi-circonférence supérieure des deux cornées, cercle sénile large de 1 millimètre et demi.

La marche est celle d'un aveugle; il tient les yeux en l'air. Il a un peu l'apparence d'un homme ivre, mais cependant il ne titube pas; pendant la marche, ses mains sont tenues en avant, comme lorsqu'on a les yeux bandés. Il ne peut que difficilement tourner. Tous ces phénomènes sont attribués par le malade à des étourdissements et des tournoiements de tête.

Il me porte facilement, mais ne peut avancer et me porter à la fois. Léger tremblement des mains. Sensibilité de la peau et des muscles normale, de quelque façon qu'on l'interroge. Pouls très-petit, chétif, surtout pour un homme d'apparence vigoureuse comme lui; le pouls est régulier, bat 64 fois par minute. Peau un peu grasse. Corpulence considérable. Se plaint d'être abattu, d'un malaise général, de céphalalgie fronto-sincipitale. Soupirs. Très-peu de toux. Voix enrouée. Appétit conservé. Le foie a une hauteur de 9 centimètres dans la région mamillaire. Quelques douleurs en ceinture, au niveau des fausses côtes.

Même état en 1864.

La liberté morale est notablement diminuée chez la plupart des alcoolisés; ils présentent une faiblesse inouïe de caractère, se laissent circonvenir facilement et entraîner à des actes fautifs et même répréhensibles, au point de vue de la loi. Nous avons eu l'occasion d'observer, dans ces conditions, deux jeunes gens de grandes familles qui se livraient depuis longtemps à des abus alcooliques et étaient tombés dans un état de dégradation morale si avancé, qu'il avait fallu les détenir dans une maison d'aliénés.

Ils y sont restés plusieurs années, mais non pas consécutivement; après un certain nombre de mois, leur état paraissant amélioré, on les laissait sortir sur la foi de leurs promesses; mais, à peine dehors, ils se laissaient aller à leurs penchants, et on trouvait ces héritiers de grands noms occupés à boire seuls, ou avec des cochers et des valets, dans des cabarets et dans des lieux du plus bas étage.

Il était à remarquer qu'en dehors de ces phénomènes, ils avaient conservé presque toute leur intelligence, leur mémoire intacte; ils étaient même agréables en société et beaux conteurs.

Une question se présentait tout naturellement à leur propos : pourraient-ils, avec leur caractère faible, avec cette facilité à se laisser entraîner, faire un testament, un acte civil valables? La solution me paraît très-épineuse, en présence de la conservation de la plus grande partie de leur intelligence; et puis il faudrait, entre les termes

d'un testament, d'un acte civil quelconque et des faits notoires, une contradiction flagrante, pour entacher les premiers de nullité et frapper les alcoolisés d'incapacité civile; d'autant plus que la plus grande partie de leur intelligence était intacte, et que les facultés morales seules étaient troublées.

Quant à la répression des délits commis par les alcoolisés, en vertu de la diminution de leur liberté morale, de leur faiblesse, et par suite de leur facilité à être entraînés au mal, nous croyons qu'elle ne doit pas être nulle, et qu'on ne doit pas penser à les traiter simplement comme des malades; la peine doit être diminuée proportionnellement à l'état mental de l'individu, mais il doit y avoir une peine. Il nous semble que, dans l'appréciation de leurs actes condamnables, on doit suivre ce principe, que les facultés morales sont plus souvent lésées que les facultés intellectuelles chez l'alcoolisé; qu'au début il s'est laissé aller volontairement à de mauvais penchants, et que par conséquent il doit être, en partie, responsable des actions qu'il commettra sous l'influence de l'intoxication chronique à laquelle il se livre de son plein chef. De pareils hommes sont assez le malheur de leurs familles pour que la loi soit en droit de prévenir par la rigueur de la répression de semblables habitudes chez d'autres; qu'adviendrait-il, au contraire, s'il était notoire que l'alcoolisme exempte de toute pénalité?

La question de la liberté morale amène tout naturellement à parler de la *dipsomanie*, et à se demander si c'est un état mental primitif ou secondaire.

Esquirol le premier, nous croyons, a traité de la dipsomanie et l'a envisagée comme une monomanie spéciale; depuis, presque tous les auteurs ont, à l'envi, suivi cette classification, et ont considéré la dipsomanie comme une maladie mentale. M. Morel a eu l'honneur, le premier, d'élever la voix contre cette doctrine; il considère, on le sait, la *tendance aux boissons comme n'étant que le symptôme d'une maladie principale*, au même titre que les monomanies suicide, homicide, incendiaire, et la kleptomanie.

A notre avis, M. Morel n'a pas fait une assez large part aux habitudes alcooliques antérieures dans la production de la dipsomanie, et donne une trop grande importance aux maladies principales : aliénations héréditaires, folies hystérique, hypocondriaque; leur rôle pathogénique est, sans nul doute, considérable, mais n'est pas tout : en effet, dans beaucoup de cas, et, en particulier, dans les observations d'Esquirol (IIe, IIIe, Ve, VIe) il est certain que la dipsomanie a succédé à un usage d'abord modéré (l'état mental étant sain), puis progressivement exagéré.

Dans les autres cas, la dipsomanie n'est pas davantage un état mental morbide spécial : elle appartient au même groupe de symptômes que la boulimie, la pica, la malacia, le dégoût pour toute espèce d'aliments, et comme eux dépend de la gastralgie; ce besoin *dit* irrésistible de boire des alcooliques est le résultat d'une perversion de la sensibilité gastrique, mais n'est certainement pas une monomanie.

L'*état lypémaniaque et les hallucinations* ont été bien observés et décrits par les différents auteurs qui ont écrit sur l'alcoolisme, je n'y insisterai pas longtemps; la physionomie porte à des degrés variables le cachet de la tristesse; il est difficile d'arracher à ces individus quelques mots de réponse, de les distraire de leurs conceptions délirantes et de leurs hallucinations plus ou moins tristes et terrifiantes; quelques-uns se suicident pour échapper aux voix ou aux gens qui les poursuivent. Cette classe d'alcoolisés est le plus souvent observée dans les établissements d'aliénés, tandis que ceux dont nous venons de vous parler dans les précédents chapitres ne se voient guère que dans les hôpitaux de Paris ou dans la clientèle privée.

La *stupeur, l'obtusion intellectuelle, l'abrutissement, la démence, l'imbécillité* (idiotisme de Pinel), *l'hébétude* se rencontrent moins souvent que les autres formes de troubles mentaux. Nous n'insisterons pas longtemps sur leur description qui a été complétement faite par MM. Etoc-Demazy, Baillarger, Sauze et Delasiauve; mais il nous a paru que ces deux symptômes se liaient surtout à l'intoxication *absinthique.* Il en est de même de cette forme spéciale que l'on ne peut mieux désigner que par le mot abrutissement; nous l'avons surtout observée dans l'absinthisme; elle se lie parfois à la présence d'une grande quantité de sérosité arachnoïdienne, sous-arachnoïdienne et ventriculaire, ainsi que vous avez pu le constater dans deux autopsies que nous relatons plus loin.

L'un de nos malades, le sieur T..., buveur d'absinthe, était plongé dans une stupeur profonde, le visage impassible, l'expression ennuyée, le regard terne, dans l'immobilité la plus absolue, paraissant trouver étrange que nous l'interrogions sur sa santé, ne répondant que très-difficilement, ne sachant où il était, restant toute la journée dans des coins, les mains dans ses poches, décousu dans sa mise; il était impossible de le faire mouvoir.

Obs. XXVI. — *Absinthisme chronique. — Stupeur.*

A l'hospice de Bicêtre (service de M. Voisin), premier pavillon, n° 5, est placé le nommé T..., âgé de vingt-cinq ans, distallateur, entré le 22 novembre 1860.

Depuis l'âge de trois ans, il a une blépharite ciliaire chronique. Ce malade a l'habitude, tous les matins, de boire deux petits verres d'absinthe et s'y adonne fréquemment dans la journée. Il boit peu d'eau-de-vie et de vin. Cet homme est amené de la préfecture de police, attaché avec la camisole de force. La feuille de la préfecture porte : Homme de peine; tremblement, frayeur; crainte d'être condamné à mort; tendance à s'enfuir. Alcoolisme probable. Depuis son entrée à Bicêtre, il est calme dans son lit, et absorbé.

La première nuit, il a parlé de dix, quinze verres d'absinthe et un peu d'eau-de-vie, et a dit, à plusieurs reprises, que si on veut le faire mourir, on lui donne un coup de couteau.

A son arrivée, on lui a tiré 500 grammes de sang par des ventouses scarifiées appliquées à la nuque, on lui a donné des potions opiacées, et il a été mis à la diète.

État actuel. — Le malade est dans son lit, étendu sur le dos, porte la camisole; la figure est calme, mais il paraît inquiet; il est immobile, les yeux fermés. Il répond avec beaucoup de peine et de lenteur aux questions; il paraît préoccupé de pensées tristes, et me dit avec calme : « Je croyais qu'on voulait me faire mourir, qu'on voulait me tuer; » il ne sait où il est, et sans que la question lui soit posée, il raconte qu'il a mal aux yeux depuis l'âge de trois ans.

D. Depuis combien de temps êtes-vous malade ?

R. Depuis une quinzaine de jours.

D. Est-ce d'avoir bu?

R. Je ne me suis jamais grisé.

D. Jamais ?

R. Une fois ou deux.

D. Avec du vin ?

R. J'ai bu de l'absinthe avec de l'eau.

D. En avez-vous bu de pure ?

R. Je n'en ai jamais bu de pure.

L'avant-dernière nuit, il a eu des hallucinations de la vue. Il se rappelle avoir vu des gens qui le menaçaient avec des épées. La nuit il a prié qu'on amenât le curé; il dit n'avoir pas eu d'hallucinations de l'ouïe; il laisse arriver dans sa bouche le liquide des potions, mais le rejette aussitôt, en disant que c'est du poison.

Quand nous lui demandons plus tard s'il pensait que réellement on voulût l'empoisonner, il répond que ce liquide lui brûlait la poitrine.

Il a le visage impassible, même pendant ses réponses faites à voix basse. Pupilles un peu resserrées, encore contractiles. A ma demande il tire sa langue. Langue humide et rosée à la pointe, blanchâtre et sèche à la partie moyenne et à la base. Soif; pas d'appétit; pas de douleurs épigastriques. Il dit en avoir eu en même temps que des vomissements. Pas de ballonnement abdominal; gargouillement dans la fosse iliaque droite; il urine deux fois la nuit (la nuit s'entend de six heures du soir à six heures du matin); va à la selle tous les jours; pas de sueurs profuses depuis son entrée. Dans l'aisselle, 35°. Pouls régulier, de moyenne force, 92 pulsations.

Lenteur, mais pas de tremblement dans la parole, dans la langue. Pas de tremblement ni de soubresauts dans les membres. Comme il est attaché, je ne sais s'il pourrait se tenir debout. Une portion. Potion calmante.

30 novembre. Il n'est plus maintenu dans la camisole; il répond bien aux questions et paraît calme. Plus de douleurs épigastriques; dit ne plus se rappeler qu'on voulait l'empoisonner. Mange bien; éprouve toujours des sensations de froid. Mains froides, violacées. Une portion.

6 décembre. Son regard est hébété. Il reste immobile sur sa chaise, regardant la table. L'œil est morne et empreint de tristesse. Même froid des mains, même teinte violacée. Une portion. Vin de quinquina.

14. Même état de concentration; répond qu'on le tourmente encore. Pouls filiforme, mou, 64 pulsations. Température normale des extrémités.

21. Même état; cependant un peu de mieux peut-être. Reste les yeux fixes et répond à peine aux questions. Il ne sait où il est; dit qu'on ne le tourmente plus et reconnaît que personne ne lui veut du mal. Il fait volontiers ce qu'on lui demande. Pouls presque insensible, régulier, 60 pulsations. Vin de quinquina; 2 portions.

10 janvier. Même état de l'intelligence et du pouls. Fer et quinquina.

14. Même état.

27. Le pouls a repris de l'ampleur. Un peu de mieux comme réponses. Même traitement.

8 février. Même état.

Il reste toute la journée dans un coin, les mains dans les poches, paraissant ne penser à rien, décousu dans ses vêtements et regardant de temps en temps le ciel.

D. Comment allez-vous?

R. Je ne suis pas malade.

Quand je lui parle de sa maladie, il a l'air de me trouver étrange.

7 mars. — Depuis deux jours, il parle un peu, se promène dans la cour, au lieu de rester dans son coin, et siffle. Il porte sa casquette d'une façon originale; ses vêtements sont en désordre.

7 avril. Même état. Prend de l'embonpoint.

15 novembre. Même état.

Six autres malades, buveurs d'absinthe et d'autres liqueurs, présentaient au plus haut point le type abruti.

Obs. XXVII. — *Absinthisme chronique. — Abrutissement. — Dyspepsie.*

Au n° 10 de la salle Saint-Jean-de Dieu, à la Charité, est couché le nommé Bou.., quarante ans, valet de chambre.

Nombreux excès d'absinthe, depuis un an surtout. Sujet à des phénomènes dyspeptiques. Depuis six semaines, vertiges, vue brouillée. Absence de désirs vénériens et de pollutions nocturnes depuis huit mois. Amaigrissement considérable.

Entré à l'hôpital pour des étourdissements, des éblouissements, de la difficulté de la digestion.

État à son entrée, le 27 *mai* 1862. — Air complétement abruti; aucune expression dans les traits. Les paupières sont à demi fermées; les yeux ne quittent pas le sol. Nonchalance dans tous ses actes, dans ses réponses. Air profondément ennuyé et triste quand je le fais parler. Quand je le questionne sur ses habitudes absinthiques, il cherche à éluder la réponse et à détourner la conversation. Céphalalgie fronto-pariétale; la mémoire ne paraît pas altérée. Tremblement des mains. Pouls à 72 pulsations, petites, dépressibles. Digestions difficiles; inappétence; constipation. Besoins d'uriner très-fréquents.

Traitement. — Vin de quinquina, bains sulfureux.

4 juin. — Air beaucoup moins concentré et abruti.

10. — État très-satisfaisant; la dyspepsie persiste.

13. — Sortie dans un état mental à peu près normal.

Obs. XXVIII. — *Alcoolisme chronique. — Abrutissement. — Lenteur de conception des idées. — Phthisie pulmonaire. — Pneumonie secondaire. — Mort. — Autopsie. — Dégénérescence graisseuse du foie, du cœur, des reins. — Taches opalines arachnoïdiennes. — Abondante sérosité sous-arachnoïdienne. — Œdème de la pie-mère. — Fermeté excessive de la pulpe cérébrale.*

Au n° 9 *bis* de la salle Saint-Jean-de-Dieu, à la Charité, est couché le nommé Dac.., cinquante-deux ans, terrassier. Père mort de vieillesse; mère morte d'une hernie.

Depuis l'âge de vingt-cinq ans, nombreux excès d'eau-de-vie en dehors des repas. Il en a bu jusqu'à un demi-litre par jour, et s'enivre au moins une fois par semaine.

Depuis huit ans, tremblement des mains. Depuis cinq mois, douleurs abdominale et épigastrique très-vives, dégoût pour les aliments; diarrhée (selles noirâtres) ; toux. Recrudescence des douleurs il y a trois semaines; c'est pour cela qu'il entre à l'hôpital.

État actuel au moment de son entrée, le 29 *juillet* 1864. — Air abruti au plus haut point. Le bout du nez est tout rouge; la couleur de la peau du corps est pâle. Le malade dit que nous sommes depuis longtemps en août et trouve étonnant que je lui pose des questions sur les dates. La conception des idées est très-lente, et les réponses sont difficiles à obtenir et manquent de précision. Le malade peut à peine raconter les diverses phases de sa maladie. Insomnie; pas de cauchemars; douleur épigastrique. La hauteur du foie dans la ligne mamillaire est de 13 centimètres. Tubercules pulmonaires au deuxième degré dans les deux sommets; point pneumonique à gauche. Faiblesse musculaire considérable; tremblement des membres supérieurs, des lèvres. Pouls mou; bat 120 fois par minute.

Mort le 3 août.

Autopsie trente-six heures après la mort. — Maigreur considérable dans tout le corps. Très-peu de graisse dans l'épiploon.

Foie. — Le foie a une teinte jaunâtre presque générale ; il est ramolli à son bord supérieur. On aperçoit à sa face antérieure des places complétement jaunâtres, et dans d'autres, la capsule de Glisson est tellement arborisée que cela donne l'idée de plaques rouges. A la coupe, le tissu hépatique se présente dans tous ces points, et en particulier dans ceux correspondant à ces plaques rouges, dans un état exsangue; c'est à peine si quelques gouttes de sang sortent des vaisseaux.

Dans beaucoup d'endroits, la substance du foie est ramollie : la moindre pression du doigt l'écrase et la sépare en grumeaux. Au microscope, pâleur notable du contour des cellules hépatiques, pâleur des noyaux de beaucoup de cellules, et présence d'une très-grande quantité de gouttes d'huile.

Reins. — Le droit a 13 centimètres et demi de hauteur. Il est criblé de kystes, depuis le volume d'une noisette jusqu'à celui d'un pois. Tous sont situés sous la capsule propre du rein, qui paraît former une de leurs parois, tant elle est adhérente à la poche kystique. Le liquide contenu est séreux et un peu filant ; pas d'acéphalocystes. La capsule est partout épaissie, à peine transparente ; après l'avoir détachée, la substance corticale apparaît parsemée de grains d'un blanc jaunâtre ; elle a, du reste, à la coupe, une teinte jaunâtre sur laquelle tranchent notablement des vaisseaux.

La substance tubuleuse se présente avec sa couleur à peu près normale, et est aussi semée de quelques grains blancs très-fins. Une portion de la substance corticale jaunâtre, portée sous le champ du microscope, offre : une gangue granuleuse jaunâtre abondante, de très-nombreuses gouttes d'huile, et des cellules très-pâles et jaunâtres.

Poitrine. — Tubercules pulmonaires crus au sommet du poumon gauche. Adhérences à la plèvre costale; un peu de sérosité dans le péricarde. Le cœur présente un aspect extérieur graisseux dans toute la face antérieure du ventricule droit; c'est à peine s'il existe un peu de graisse en arrière et à la face antérieure du ventricule gauche.

A la coupe, la paroi du ventricule gauche est formée d'un tissu un peu pâle, mais non graisseux, tandis que la paroi antérieure du ventricule droit est, dans une épaisseur de 0,002 sur 0,004, transformée en graisse, et que, au bord droit, l'épaisseur de la fibre musculaire est réduite à 0,001.

De plus, en se rapprochant de la pointe, dans une étendue de 0,03 à 0,04, la paroi musculaire du ventricule est réduite à 1/2 millimètre au plus; le tissu graisseux est dans ces points serré, d'apparence granulée, et s'est évidemment susbtituée à la fibre musculaire. Au microscope, au milieu de la graisse, je retrouve quelques débris très-pâles de fibres musculaires. Dans le cœur, quelques caillots rougeâtres adhèrent modérément aux valvules et aux colonnes.

Encéphale. — Beaucoup de sérosité sous-archnoïdienne et dans l'épaisseur de la pie-mère, ainsi qu'entre elle et les circonvolutions; aussi les méninges sont-elles épaissies, tant par cette sérosité que par la quantité de sang que renferment leurs vaisseaux congestionnés. De plus, nombreuses taches opalines à la face viscérale. L'injection et l'épaississement des méninges existent presque uniquement à la surface convexe des hémisphères et à l'espace interpédonculaire.

Dans la plupart des sillons des circonvolutions, la sérosité est abondante; après avoir enlevé la pie-mère, ce qui est très-facile, les sillons restent béants. Nulle part il n'y a d'adhérences entre la pie-mère et la substance grise. La substance grise et la substance blanche ont une fermeté remarquable par ces temps de grande chaleur (depuis un mois 25° à 39°); elles résistent à la pression du doigt, et, trois jours après l'autopsie, elles avaient conservé ce même caractère, sans que je les eusse arrosées d'un liquide conservateur; elles étaient restées à l'air libre. Dans tous les points du cerveau, même fermeté. Un peu de piqueté dans la substance blanche centrale.

OBS. XXIX. — *Alcoolisme chronique. — Dyspepsie extrême. — Abrutissement. — Absence depuis vingt ans de désirs vénériens et de pollutions. — Foie volumineux. — Albuminurie chronique. — Caverne tuberculeuse. — Mort par pneumothorax. — Abondante sérosité intra et sous-arachnoïdienne. — Œdème de la pie-mère. — Fermeté considérable de la pulpe cérébro-spinale. — Cirrhose des reins, du foie. — Pas de lésions du testicule. — État gras du ventricule droit du cœur.*

Au n° 10 de la salle Saint-Jean-de-Dieu, à la Charité, est couché le nommé Nepl.., cinquante-six ans, chapelier.

Depuis trente ans, excès nombreux d'eau-de-vie; il lui est arrivé souvent de passer des semaines à ne boire que de l'eau-de-vie, à cause d'un dégoût profond pour toute espèce

d'aliments; fréquemment il s'enivre; le matin à jeun, avant tout travail, il boit de six à dix sous d'eau-de-vie; il convient que telle est la cause de sa maladie.

Il n'a pas remarqué que sa mémoire ait le moins du monde baissé; et il est de fait qu'il raconte avec une grande netteté l'histoire de quelques indispositions qu'il a eues et qui ont consisté en dyspepsie. Cependant l'intelligence est affaiblie dans sa généralité, ainsi que l'énergie morale, si l'on en juge par ce fait que depuis dix ans il gagne beaucoup moins par jour (quarante-huit sous) qu'autrefois. Son caractère n'a pas changé.

Depuis vingt ans, absence de désirs vénériens et pas de pollutions nocturnes. Depuis douze ans, toux peu forte le matin. Jamais le malade n'a eu de *delirium tremens*, ni d'hallucinations. Il éprouve depuis longtemps du tremblement de la main. Depuis six mois, faiblesse des membres.

Les phénomènes pour lesquels il entre ont commencé, il y a cinq semaines, par de l'inappétence, du malaise à l'épigastre; puis est survenu rapidement un dégoût absolu pour le vin, la viande, l'eau-de-vie. Depuis vingt-cinq jours il n'a rien mangé d'autre que du lait. Il n'a eu ni vomissements, ni diarrhée, ni frissons, ni sueurs. Depuis vingt jours il dort presque continuellement.

État actuel, le 21 *mars.* — Visage profondément hébété et abruti; tendance à la somnolence. Le bout du nez est très-rouge et la peau y est irrégulière. Le malade raconte nettement son histoire; sa mémoire ne paraît pas diminuée; il sait bien les dates, le mois, le jour; compte bien; écrit son nom en tremblant. Symptômes de dyspepsie. Inappétence absolue. Impossibilité de rien manger autre que le lait. Hauteur du foie dans la ligne mamillaire, 20 centimètres; urine très-albumineuse. Tremblement des mains; marche chancelante; hésitation. Facilité de le renverser en arrière. Sensibilité aux piqûres, aux pincements, très-diminuée. Le toucher est très-net; maigreur considérable. Peau rude, sèche, froide; 68 pulsations. Diminution de sonorité, craquements, retentissement exagéré de la voix dans la fosse sus-épineuse droite.

Jusqu'au 5 avril, même état, même dyspepsie. Ce jour, signes de pneumo-thorax. — Mort le 6 au matin.

Autopsie. — Caverne au sommet du poumon droit qui est refoulé dans la gouttière vertébrale. Fistule pulmonaire à travers une pellicule très-mince qui servait de paroi à une cavité du volume d'une petite pomme. Plusieurs tubercules pulmonaires.

Encéphale. — Quantité considérable de sérosité intra et sous-arachnoïdienne cérébrale et spinale. La sérosité sous-arachnoïdienne soulève en plusieurs points la séreuse de près de 0,005; en d'autres, elle écarte les circonvolutions. Œdème de la pie-mère, qui est très-injectée. A peine trois ou quatre plaques arachnoïdiennes blanches. Aucune adhérence entre la pie-mère et la substance corticale. La pulpe cérébro-spinale est d'une fermeté, d'une résistance remarquables au doigt; la protubérance et la moelle sont, en particulier, très-dures. Cirrhose du foie au premier degré. Épaississement considérable des capsules propres des reins par des produits plastiques filamenteux adhérents à leur face viscérale. Nombreux grains de semoule dans la substance corticale. Testicules normaux. Le liquide renfermé dans les tubes ne présente rien de pathologique, au point de vue des cellules, en particulier. État gras de la paroi antérieure du ventricule droit du cœur; ni athéromes artériels, ni lésions valvulaires du cœur.

Le nommé Croz.., dont je vais vous lire l'observation, présentait quelques parti-

cularités que je n'ai pas rencontrées souvent : ainsi, au milieu d'une incohérence intellectuelle complète et après des actes déraisonnables au plus haut point, il disait des phrases justes, sous forme de sentences stéréotypes, telles que celle-ci qu'a provoquée ma demande, s'il avait une femme : « Si je n'en avais pas, j'irais de suite en chercher une. La femme est la société de l'homme, et l'homme la société de la femme. » Évidemment cet homme ne pensait pas un mot de ce qu'il me disait; mais cette phrase lui venait comme tant d'autres usuelles que nous répétons dans la conversation, machinalement, et sans que notre intellect y prenne la moindre part. Il ne m'en a pas moins paru intéressant d'observer une phrase morale et affective chez un être complétement dépourvu de tout sens moral.

Obs. XXX. — *Alcoolisme chronique. — Abrutissement. — Démence.*

Le 2 mai 1861, entre à Bicêtre (service de M. le docteur F. Voisin) le nommé C..., cinquante-quatre ans, ébéniste, arrêté pour vagabondage sur la voie publique. Nombreux excès de vin blanc depuis de longues années. Il présente le type le mieux accompli de l'individu abruti par la boisson. Il est impossible d'avoir de lui des réponses suivies, et encore celles qu'on obtient sont-elles originales et visent à être drôles; ainsi, quand je lui demande s'il a une femme, il dit : « Si je n'en avais pas, j'irais bien vite en chercher une. — Une femme est la société d'un homme, et l'homme est la société de la femme. » A ma question combien il gagne, il répond : « Quarante sous, avec quarante sous on peut bien boire, et le ménage s'en passe. — On boit plus qu'on ne mange, parce qu'on y est plus souvent, » et ainsi de suite. Il est impossible de savoir de lui le jour, le mois, la date et d'avoir le moindre renseignement sur ses antécédents morbides; il se rappelle son nom, mais non pas son âge, ni la date de sa naissance. Il est un peu vantard et répète souvent qu'il a beaucoup à faire, parce qu'il faut qu'il serve tout le monde à Bicêtre. Il est poli, met une grande bonne volonté à travailler, et est très-facile à diriger. Il rit à propos du plus futile motif et souvent sans raison. Il est assiégé par des conceptions délirantes, concernant des animaux; elles surgissent sans avoir été le moindrement provoquées : « Je ne puis refuser aux animaux; hier, ils ont été en route; quand ils sont arrivés, ils avaient faim. » Il a des illusions et des hallucinations : ainsi il fait le geste de passer quelque chose d'une main dans l'autre, et il n'y a rien dans ses mains; il fait le geste d'éloigner un objet de devant ses yeux. Je lui demande ce qu'il fait là. Il répond : « J'écarte un ver qui est là depuis hier et qui va en l'air. » Il se perdrait dans les cours de Bicêtre, lorsqu'on l'envoie travailler à la buanderie, s'il n'était tenu et surveillé. La parole est hésitante; pas de tremblement des lèvres ni de la langue; pas de différences dans le diamètre des pupilles. La marche est assez ferme; le malade peut me porter. La peau du dos des mains est rude, calleuse.

Même état le 5 décembre.

Le malade suivant présentait au plus haut point, comme C..., le type de l'abrutissement et de la démence; la parole était éminemment gênée; le malade parlait

comme lorsque la langue est appliquée à la voûte palatine; elle était tantôt lente et tantôt précipitée; le malade s'arrêtait au milieu des phrases, puis les terminait en lançant brusquement ses mots.

Les lésions que nous avons constatées à l'autopsie nous permettent d'affirmer, si les symptômes n'y suffisaient pas, que la maladie n'avait rien de commun avec la paralysie générale; de plus, l'état des méninges et du cervelet me fait croire que l'abrutissement, l'hébétude des ivrognes sont produits par de l'hydropisie des méninges et l'induration de la pulpe cérébrale, celle-ci résultant d'une sorte de macération alcoolique. Il était au moins très-singulier de voir ce cerveau, ainsi que celui du nommé Dac.. (obs. XXVIII), se conserver très-ferme, trois à quatre jours après l'autopsie, par une température de 25° à 39°.

OBS. XXXI. — *Alcoolisme chronique. — Abrutissement. — Démence. — Mort. — Fermeté considérable de la pulpe cérébrale. — Abondante sérosité arachnoïdienne, sous-arachnoïdienne. — Œdème de la pie-mère. — Congestion chronique des méninges. — Dégénérescence graisseuse du cœur, du foie. — État cirrhotique des capsules hépatique et rénales. — Néphrite albumineuse chronique.*

Au n° 6 de la salle Saint-Jean-de-Dieu, est couché le nommé Dub.., soixante ans, mouleur, entré le 28 juillet 1863.

Le père du malade est mort de pleurésie; sa mère de tubercules pulmonaires. Jamais il ne s'est alité.

Depuis l'âge de vingt ans, Dub.. a l'habitude de boire le matin, à jeun, trois petits verres d'eau-de-vie, et souvent, dans le reste de la journée, sept ou huit petits verres. Deux fois, au moins, par semaine, il se grise; l'appétit est devenu mauvais depuis plusieurs années, et, afin d'exciter sa faim, il boit, au repas, de l'eau-de-vie en place de vin. Depuis l'âge de trente ans, la mémoire des noms, des faits, des jours, a considérablement diminué. Depuis douze ans, ses forces sont bien moindres; la marche est tremblée, la vue s'est affaiblie; les masses musculaires ont notablement maigri, et la fonction génésique est éteinte depuis longues années. Il y a deux mois, en l'absence de toute intoxication alcoolique, il dit être tombé sans connaissance dans la rue, et n'avoir repris ses sens qu'au bout d'une heure; il lui en est resté un état continuel d'assoupissement qui l'a maintenu au lit depuis cette époque. Il a été traité, dans ces derniers temps, par des sinapismes aux membres inférieurs, et deux bouteilles d'eau de Sedlitz.

État actuel. — Le malade est couché sur le dos, dans l'assoupissement; il donne de suite l'idée de l'abrutissement le plus complet. La physionomie porte le cachet de l'hébétude la plus prononcée; ses réponses sont du reste en rapport avec l'habitus extérieur. Tout est niais dans sa personne. Sa conversation est toute décousue; il n'a pas conscience de sa position, paraît s'étonner de mes interrogations, et est ennuyé que je le dérange de son demi-sommeil et de sa torpeur, par mes questions. La parole est par moments difficile, comme si la langue restait collée à la voûte palatine; elle est tantôt lente, tantôt précipitée; c'est ainsi que parfois

il paraît chercher ses mots, qu'il lance un moment après, avec une certaine volubilité. Le malade peut lire assez bien, mais la vue est embrouillée.

La peau est très-pâle, sauf aux joues et au nez, qui présentent une teinte lie de vin. Les lèvres sont violacées; la langue est saburrale et très-peu humide; elle sort facilement de la cavité buccale; l'haleine est fade. L'action de siffler est possible. Les yeux sont cernés; les conjonctives très-injectées dans le segment inférieur des deux globes oculaires. Étourdissements dans la station assise; il a du reste beaucoup de peine à s'asseoir dans son lit. Le corps est très-maigre, aussi bien au tronc qu'aux membres. Les muscles des pouces, les interosseux des mains sont très-atrophiés. La pression de la main gauche est peu sensible pour l'observateur. Sensibilité cutanée intacte.

Appétit nul; soif vive; constipation; jet d'urine très-peu fort; le malade a de la difficulté à retenir ses urines; nombreux rhonchus dans les deux poumons; pouls à 88, 92, régulier, mais très-mou; une faible pression le fait disparaître momentanément; la peau est sèche, comme calleuse. Les bruits du cœur sont irréguliers, au point de vue de la force; le premier claquement valvulaire est, à la pointe, suivi, par moments, d'un souffle rude qui ne dure qu'une partie du petit silence.

Urine du matin, peu colorée; au moyen de l'acide nitrique on obtient à la partie moyenne du liquide un nuage blanchâtre qui persiste, sous forme de grains blancs, après l'épreuve de la chaleur.

3 août. Assoupissement continuel; facies ressemblant à celui du crétin.

4. Même état. A une demande concernant sa santé, il répond : « Du bouillon »; il tombe dans le coma et meurt dans la journée.

Autopsie le 5 *au soir.* — Maigreur considérable de tout le corps. Cyanose sous-unguéale. Varices à la jambe droite.

Boîte crânienne et encéphale. — La boîte crânienne est très-facile à casser; elle est peu épaisse. Les méninges cérébrales sont épaissies et opaques; elles sont très-rouges, et on y aperçoit les vaisseaux augmentés de volume. Les méninges, et en particulier la pie-mère, sont, dans la partie supérieure du cerveau, infiltrées d'une quantité considérable de sérosité rougeâtre, que l'on retrouve aussi entre la pie-mère et les circonvolutions dont elle a élargi les sillons. Il en résulte qu'après avoir enlevé cette membrane, les espaces qui séparent les circonvolutions restent à l'état béant.

La séparation de la pie-mère d'avec la substance corticale se fait avec la plus grande facilité, sans entraîner la plus petite parcelle de substance grise. La substance corticale apparaît alors avec sa teinte habituelle et se fait remarquer par une fermeté insolite malgré la chaleur (depuis un mois 25° à 39°). Le cerveau résiste dans toute son épaisseur sous la pression du doigt, et fait contraste avec d'autres cerveaux recueillis le même jour; la consistance de celui-ci se rapproche de celle que l'on obtient après deux à trois jours de macération dans de l'alcool pur.

A la coupe, nous ne constatons qu'une légère injection (piqueté) de la substance grise et de la substance blanche. Les ventricules latéraux sont remplis de sérosité. Fermeté remarquable de leur plancher et de la voûte à trois piliers. Cette fermeté du cerveau persistait encore, lors de la présentation de la pièce à la Société anatomique le 7 août.

Cœur. — Hauteur, 0,13; largeur, 0,13. État gras très-avancé de la face antérieure du ventricule droit. Dans la partie la plus voisine du ventricule gauche, la graisse est principalement superposée au tissu charnu dont la couleur est très-pâle et qui, au microscope, contient beaucoup de globules graisseux et une gangue granuleuse jaunâtre abondante, mais au fur et à mesure que l'on se rapproche du bord droit, il y a réelle substitution graisseuse, si bien qu'au bord droit, et en particulier vers la pointe, le tissu musculaire est réduit à 1/2 millimètre, tandis que le reste de la paroi qui est de 0,004, est de couleur jaune bien franche, sans la moindre apparence musculaire; le microscope n'y fait apercevoir aucune trace de fibre musculaire. Le cœur est partout flasque. Pas d'insuffisance. Le sang contenu dans le cœur est noir, fluide, gluant; on y voit quelques grumeaux noirs très-mous; pas de caillot adhérent aux valvules.

Reins. — Le gauche a 0,12 de hauteur; le droit en a 0,13; tous deux offrent une teinte rouge, générale; après la séparation des capsules de la substance corticale, on aperçoit de nombreuses taches et de nombreux grains d'un blanc jaunâtre du diamètre de 1 millimètre au plus. Les deux capsules sont épaissies, rougeâtres, peu transparentes, et en plusieurs points on amène, en les séparant, des débris de substance corticale qui se présentent alors sous un aspect irrégulier, chagriné.

Dans le milieu du bord externe du rein droit est un kyste du volume d'une noix, contenant un liquide huileux, rougeâtre; la paroi la plus externe du kyste fait corps avec la partie correspondante de la capsule. Dans l'épaisseur même du rein, nombreux grains blancs; hypérémie considérable qui donne aux deux substances une teinte rouge à peu près analogue. Même état du rein gauche, mais pas de kystes. Dans une portion de ce rein, correspondant à un interstice de pyramides de Malpighi, existe une coloration noirâtre du tissu due, d'après l'examen microscopique, à la présence de nombreux grains de pigment noir.

Foie. — 0,21 hauteur, 0,27 largeur. Il a une apparence générale jaunâtre; injection considérable (arborisations) de la surface de l'organe. En plusieurs points de la face antérieure du lobe droit, arborisations noirâtres, en forme d'étoiles et d'îlots, siégant dans la capsule. Dans les parties profondes correspondantes, on voit, à la coupe, un tissu dont le peu de vascularité fait éminemment contraste avec la surface. La teinte est mate, presque uniformément jaunâtre; c'est à peine si par les veines sortent quelques gouttes de sang noirâtre; c'est à peine aussi si l'on aperçoit de substance rouge.

A la face postérieure du lobe gauche, existe une teinte ardoisée; là, on aperçoit dans l'épaisseur de la capsule de nombreuses traînées blanc grisâtre analogues, comme forme, à ces arborisations de la face antérieure du lobe droit. Ce sont, à l'examen microscopique, d'anciens vaisseaux oblitérés et transformés en tissu fibroïde (à 1/350e, nombreuses fibres lamineuses allongées, doublant les parois capillaires).

A la coupe, le tissu sous-jacent présente d'abord une tranche ardoisée dans une épaisseur de 0,002, constituée surtout par du pigment noir au microscope, puis une tranche plus profonde, jaune sale, huileuse, et enfin un tissu de consistance molle, se déchirant très-facilement. Au microscope, très-nombreuses gouttes d'huile, et cellules dont les contours sont excessivement pâles, à peine visibles, et dont tous les noyaux ont disparu. Aucune trace bien

nette de vaisseaux. Dans le reste du foie, nous ne rencontrons pas d'autre matière noire le long des vaisseaux, La partie supérieure du lobe droit est ramollie comme le lobe gauche.

Examen microscopique du cerveau (1/350e). — *Substance blanche.* — Beaucoup de matière amorphe. Les tubes nerveux sont pâles; sous le champ du microscope est un vaisseau à parois très-nettes, bien rouge, et dans ses parois se trouvent de nombreuses cellules ovoïdes, dans le sens de la longueur, toutes pourvues d'un noyau. Pas de traces de gouttes d'huile dans la substance blanche.

Substance grise. — Vaisseaux sains.

Le nommé Rich... présentait la forme désignée sous le nom d'*idiotisme* par Pinel, et à laquelle je préfère donner le nom d'*imbécillité* (l'idiotisme représentant toujours une idée de maladie congénitale ou contractée pendant l'enfance).

L'attention de ce malade était très-difficile à provoquer et à fixer; c'est avec peine qu'il comprenait les questions; il y répondait cependant, mais par monosyllabes et des membres de phrases très-courts. A chaque instant, il disait les mots : « S'il vous plaît. » — Avez-vous mal quelque part? « S'il vous plaît. » — Que faites-vous à regarder à terre? « S'il vous plaît. » — Sommes-nous le jour ou la nuit? « S'il vous plaît, » etc.

L'expression de sa physionnomie était hébétée, niaise, comme celle d'un imbécile. A chaque instant, il riait et paraissait satisfait. Il marmottait des mots tout bas. Il ôtait et remettait à chaque instant ses sabots; il passait des heures à faire, dans un espace étroit, un pas en avant et un en arrière. Il avait des hallucinations de l'ouïe.

OBS. XXXII. — *Absinthisme chronique.* — *Imbécillité.* — *Idiotisme* (*Pinel*). — *Guérison.*

Au n° 8 de la troisième salle de la 5e division, de Bicêtre (service de M. Voisin), est placé le nommé Rich..., trente et un ans, ébéniste. Père et mère bien portants.

Depuis plusieurs années, il a pris l'habitude de boire le matin à jeun un quart de litre de vin ou un petit verre d'absinthe, et dans le reste de la journée, il boit une dizaine de petits verres de cette dernière liqueur. De temps en temps il s'enivre. Il a été arrêté la nuit dans Paris pour vagabondage ; il ne pouvait trouver son chemin.

État, le 18 *mai, douze heures après l'entrée à Bicêtre.* — Le malade est couché dans son lit, tranquille, la tête penchée sur la partie antérieure de la poitrine. On a de la peine à le faire répondre aux questions, et encore ses réponses sont-elles monosyllabiques ; il commence toutes ses réponses par « *S'il vous plaît.* » — Avez-vous mal quelque part? « S'il vous plaît, au creux de l'estomac, au dos. » — Sommes-nous le jour ou la nuit? « S'il vous plaît, la nuit, le jour » ; et il est à remarquer que, pour ces dernières phrases, il répète machinalement mes mots, en commençant par celui qui a frappé en dernier lieu ses oreilles. Il a un air tout pensif et marmotte quelques mots inintelligibles : A quoi pensez-vous? lui dis-je. Il se met à sourire bêtement et finit par : « Je pense à aller travailler, » dits dans son lit, et dans l'attitude la

plus insouciante et la plus ennuyée. Il ne se rappelle pas précisément les jours de la semaine, ni la date. Il est très-difficile de le tirer de sa torpeur; il faut répéter la même question au moins deux fois; aussitôt après la réponse, il retombe dans son immobilité et son mutisme. Dans certains moments sa physionomie prend une expression béate et satisfaite, comme certains imbéciles. Il a des hallucinations de l'ouïe, il entend souvent la voix d'un monsieur, qui lui dit « des *choses particulières.* » La voix part du mur : de temps à autre, il prête l'oreille et se penche à droite ou à gauche. Pupilles normales; tremblement des mains; peau chaude, plutôt sèche; le pouls régulier, plein, bat 56 fois par minute. Langue saburrale; appétit; soif exagérée; les besoins d'uriner ne sont pas plus fréquents. Bain; extrait thébaïque 0,05 en 2 pilules.

31. Même état. Air profondément hébété; il se promène dans les jardins; il ôte et remet continuellement ses sabots, il n'en détache pas ses yeux pendant plusieurs minutes. Je lui demande pourquoi il regarde ainsi vers la terre : « S'il vous plaît, rien », répond-il. Je le trouve un moment après dans un coin du mur, occupé à faire un pas en avant et un en arrière; il reste ainsi pendant près d'une demi-heure, ainsi que bien des idiots de la section d'à côté. A ma question, s'il entend encore la voix d'un monsieur, il répond : « Oui. » — Est-ce la nuit ou le jour? « S'il vous plaît, le jour, la nuit. » Il lève facilement les mains en l'air, mais elles tremblent considérablement; après avoir élevé le bras droit, il l'abaisse, puis il l'élève et l'abaisse, et ainsi de suite, sans discontinuer, pendant cinq minutes à peu près. Tout en faisant ainsi mouvoir son bras droit, il suit tous ses mouvements d'un air hébété. Je lui demande de serrer ma main avec sa main droite, il fait le mouvement sans que je perçoive la moindre pression; et comme j'insiste, il me dit : « C'est assez », et sourit bêtement.

Lorsque je lui fais tirer la langue hors de la bouche, il oublie de la rentrer dans la cavité buccale, et j'ai de la peine à lui faire comprendre qu'il faut le faire; il la rentre, mais il reste la bouche ouverte. Il dit tout bas des mots inintelligibles; il a de la peine à se rappeler le jour de la semaine. Immobilité et dilatation des pupilles. La sensibilité aux piqûres, au toucher, est obtuse. — Bains; vin de quinquina; deux portions.

8 juin. Même état; a de la peine à se rappeler son nom.

22. Même état. Séton à la nuque.

27. État notablement plus satisfaisant. Il est possible d'entretenir avec lui une courte conversation.

2 juillet. Le mieux continue; il cause facilement; le sommeil est revenu; il ne se rappelle pas l'objet de son délire et de ses hallucinations; il reconnaît qu'il n'est pas encore guéri.

7. Il est employé à la culture de la terre; il y met beaucoup de bonne volonté.

15. État de plus en plus satisfaisant. Guérison. *Exeat* le 30.

Dans la précédente leçon je vous ai déjà signalé, Messieurs, les IDÉES DE SATISFACTION, D'ORGUEIL, le DÉLIRE AMBITIEUX chez des sujets atteints d'alcoolisme aigu; je ne reviendrai pas sur ce que j'ai dit de ce symptôme considéré dans les rapports diagnostiques qu'il présente avec la paralysie générale; je vous ai exposé les faits, persuadé que les observations appréciées dans leur simplicité valent mieux que toute assertion et toute vue de l'esprit plus ou moins hypothétiques.

Le nommé Ric.., trente-deux ans, boit depuis sa jeunesse beaucoup d'absinthe, et éprouve depuis plusieurs années un peu d'amnésie, beaucoup de faiblesse de caractère et une diminution du sens moral.

Pendant son séjour à Bicêtre, il manifeste des idées très-orgueilleuses : « Maintenant je suis artiste, je ne ferai plus payer mes tableaux ; j'ai assez pour vivre, j'ai payé ma dette à l'humanité, je vivrai pour moi et mes amis. Je suis un des premiers apprentis de Paris ; j'ai fait l'hôtel Bristol. Tous mes voisins (les autres malades de sa salle) ne sont pas dignes de moi. Je rougis d'être marié à une femme qui ne sait pas lire. »

Tous ces phénomènes ont complétement disparu au bout de deux mois de séjour à Bicêtre, et le malade, après quatre mois de traitement, est sorti entièrement guéri de tout symptôme d'alcoolisme.

Obs. XXXIII. — *Absinthisme chronique. — Cessation des excès depuis dix jours. — Phénomènes aigus. — Délire orgueilleux. — Excitation maniaque. — Guérison.*

Au n° 3 de la salle de l'Infirmerie (service de M. F. Voisin), à Bicêtre, est couché le nommé Ric..., trente-deux ans, peintre, entré le 5 décembre 1860.

Son père est mort d'un anévrysme. Il avait eu beaucoup de chagrins, à cause de sa mère, qui était souvent malade et est morte d'un cancer utérin à l'âge de quarante ans.

Quant à lui, sa belle-sœur raconte que depuis sa jeunesse il a beaucoup bu d'absinthe, et depuis peu, du bitter. Depuis dix jours, se trouvant indisposé, il ne prenait que du thé; il n'a jamais eu de coliques de peintre; (il a toujours travaillé avec de la peinture à la colle); il est facile à émouvoir et sujet aux palpitations à la moindre émotion; il a eu la syphilis (plaques muqueuses).

Certificat de la préfecture : Excitation maniaque, excès alcooliques, idées ambitieuses, *delirium tremens.*

Etat, le 6 *décembre.* — Le malade parle sans discontinuer, sans tremblement, ni hésitation.

D. Avez-vous eu une maladie vénérienne?

R. Écoutez, j'ai été à Paris, sans pain, mais depuis j'ai gagné cinq, quinze francs à faire le colleur. Je fais des choses artistiques ; allez voir le contrôle du théâtre Beaumarchais. C'est un individu qui m'a fait mettre ici. Il m'a fait ficher des coups à Maubeuge.

D. Dans quel mois sommes-nous?

R. Nous sommes, je crois, dans l'avant-dernier mois de l'année, au mois de décembre, le 6. J'ai toujours eu plus de goût que tous les apprentis. Maintenant je suis artiste, je ne me ferai pas payer mes tableaux; j'ai assez pour vivre. J'ai payé ma dette à l'humanité; maintenant je vivrai pour moi et mes amis (en disant ce dernier mot, sourire marqué de satisfaction personnelle).

Il raconte toutes ses affaires intimes, celles de ses amis, et dit des injures sur le compte de sa femme. « Il est à rougir, pour un homme de mon nom, d'être marié avec une femme qui ne sait pas lire. Tout ça me retourne, je n'ai pas la tête très-solide. » Il dit qu'il dort bien

la nuit, cela est vrai ; mais la première nuit, il a crié et parlé de rentes à recevoir, d'affaires de famille, de ses amis, de vin.

Vous ne connaissez pas ma femme? me dit-il. Vous la verrez tout à l'heure ; elle a cou... chez le directeur. Je connais ici de très-grands personnages, MM. Barthe, Persigny. Il prend son voisin de lit, un nommé S..., pour son oncle.

Pas de céphalalgie, ni d'hallucinations, ni de tremblement de la langue ; pupilles dilatées, contractiles sous l'influence de la lumière ; langue un peu blanchâtre et légèrement sèche. Pas de douleur ni de sensations morbides abdominales. Constipation, urine abondante. Battements de cœur énergiques. Pas de souffle carotidien ; respiration normale ; 80 pulsations ; pouls régulier, un peu fort. Pas de douleurs dans la région hépatique ; ni hypertrophie, ni atrophie du foie. Tremblement léger des mains ; motilité des membres supérieurs, inférieurs, et sensibilité normale. Pas de douleur le long de la colonne vertébrale.

Au moment où je finis mon examen, il me dit : : « Vous mettrez, comme résumé de l'affaire, que je vais m'en aller avec mes oncles. »

Une pilule d'extrait thébaïque ; 2 portions. Bain ; ventouses scarifiées à la nuque.

Il s'est trouvé mal pendant l'application des ventouses.

14. Divagation complète. « Je vais m'en aller, dit-il, aujourd'hui. Ma femme vient me chercher. » Bains.

17. Excitation maniaque. Il dit des injures à ses voisins de la salle.

19. Même excitation, idées d'orgueil : « tous mes voisins ne sont pas dignes de moi, » et il jette en même temps avec violence son bonnet sur son lit. Il me remet un dessin qu'il a fait aujourd'hui et qui représente un homme et une femme déguisés, le premier en cuisinier, le second en femme, coiffée en travers d'un chapeau à plumes placées toutes droites au haut du chapeau. Le dessin est assez bien fait et encadré dans un paysage.

21. Déraisonne complétement.

24. Agitation toute la nuit. Injures à tous ses voisins, à la surveillance : « et tout ça, dit-il, pour un c... qui a renversé un camion sur le parquet de Madame. Je ne suis pas fou, mais il faut avoir une tête organisée pour résister à tout cela. » Il parle continuellement, raconte des faits de son existence antérieure.

« Je vais aller à Madrid, sur la place de Madrid. J'ai été avec l'empereur à l'inauguration du chemin de fer de Poitiers ; je le connais. Je m'en vais jouer les quadrilles bientôt, il faut que je m'essaye. J'ai bu beaucoup, étant garçon, mais depuis dix ans je ne me grise plus : il arrive quelquefois que je m'échauffe, mais en cela je fais comme les autres. Je suis un des premiers apprentis de Paris ; j'ai fait l'hôtel de Bristol (on entend des fous de la salle crier et déraisonner) : quelle drôle d'idée, dit-il, de faire entrer ici ces hommes à moitié fous. »

D. Depuis combien de temps êtes-vous malade ?

R. C'est ma femme qui m'a mis en colère. Ah ! je vais lui donner 3,000 francs de rente et m'en aller voyager avec mon cousin Signol, non, mon oncle. Ma femme est si bête, c'est une bûche. J'ai trop d'instruction pour vivre avec cette femme-là. Je l'ai prise par reconnaissance ; je prendrai une maîtresse ; je sortirai d'ici dans deux jours. Il répond, en général, assez bien à mes questions, mais aussitôt après il recommence à déraisonner. — Pouls fort, 96 pulsations. Il a toujours la camisole. — Bains.

27. Même état de divagation; mobilité extrême; humeur gaie; non dangereux. S'occupe de tout dans la salle, de tous les malades, les coiffe, fait avec les plus gravement atteints, avec les déments paralytiques, des conversations étonnantes de singularité. Son agitation et le trouble qu'il porte dans la salle le font transporter aux colonnes.

8 février. Calme. On le transfère dans le quartier des tranquilles; il a engraissé d'une façon notable; il parle raisonnablement de sa femme et de reprendre son travail; il a encore cependant une tendance à l'excitation et à la divagation. Ainsi, aussitôt qu'il m'aperçoit, il s'élance sur moi comme un enfant. Quand je lui parle de ses anciennes idées, il me répond qu'on lui disait toutes sortes de choses, mais qu'il n'y croit plus.

15 février. Guérison complète.

6 avril. La santé se maintient. Il parle en bons termes de sa femme. Plus d'idées délirantes; a beaucoup engraissé depuis six semaines. *Exeat*; il est rendu à sa famille.

Un autre malade, atteint d'alcoolisme chronique, présentait, avec un état d'abrutissement très-prononcé, un délire de grandeur, parlait de la facilité qu'il a d'avoir 100,000 francs quand il voudra, et du vin autant qu'il désirera en boire; il disait qu'il était devenu très-riche dans son commerce, tandis qu'il s'y est ruiné.

OBS. XXXIV. — *Alcoolisme chronique. — Incohérence avec idées prédominantes de grandeur.*

Au n° 4 de l'infirmerie, 5e division (service de M. F. Voisin), à Bicêtre, est couché le nommé Legr.., vingt-huit ans, marchand de vins, entré le 22 janvier 1861.

Depuis six ans, nombreux excès alcooliques, consistant principalement en vins; peu de liqueurs.

La femme raconte que depuis un an au moins, le caractère de son mari s'est complétement modifié; il est devenu violent, bizarre : elle l'a placé à cause de ses colères et d'actes incohérents, qu'il fait depuis quelques jours sur la voie publique et dans sa boutique de marchand de vins. Il donne du vin sans se faire payer, dit qu'il n'a pas besoin d'argent parce qu'il est assez riche, et a fait des commandes de vin qui dépassent ses ressources.

État actuel. Il présente le type abruti, hébété au plus haut degré; il tremble de tous ses membres, des lèvres, de la langue, de la tête; mouvements continuels de bas en haut et de haut en bas de la mâchoire inférieure. Le malade reste dans un coin de la salle sans bouger. Sa parole est tremblante comme lorsqu'on grelotte de froid. Incohérence complète des idées; il ne sait où il est, croit être ici depuis vingt mois. A ma question, où êtes-vous ici? il répond : « A une lieue, je suis Renaud. » Il parle tout seul et divague complétement. Dans d'autres moments il s'inquiète de sa femme, et se demande ce qu'elle doit penser de son absence. A ma question : Souffrez-vous? il répond : « Comme ci, comme ça; je ne suis pas fort sur la boisson, s... m..., il faut que je retourne chez nous. » Tout cela est articulé sans la moindre expression de physionomie. Je lui demande si son commerce de vin lui a réussi: « Je puis avoir du vin tant que je veux : sur ma signature, j'aurais de suite 100,000 francs. »

Il me donne des renseignements vrais sur le nom, l'emplacement de sa rue et sur les monuments avoisinants, mais croit être à Noël (nous sommes à la fin de janvier). Il fait bien

tous les mouvements qu'on lui demande, sauf celui d'ouvrir la bouche. Il est impossible de lui faire desserrer les dents. Pupilles égales, normales. La motilité des membres est normale. Peau froide; pouls de force moyenne; 72 pulsations. Bains; deux portions.

Le 1er février, le malade commence à se promener dans les cours, et présente beaucoup moins d'incohérence. Dans la salle, il s'occupe des autres malades paralytiques généraux, couchés dans leurs lits, les mouche, borde leurs couvertures, leur propose à boire et leur parle avec affection.

10. Le malade va travailler à la terre.

25. L'état est à peu près normal; plus d'idées de richesse. Legr.. reconnaît que ces idées de richesse sont un effet de maladie et que la cause doit en être le vin. Il demande à retourner auprès de sa femme. Plus de tremblement des mains, des lèvres ni de la parole.

15 mars. *Exeat.* Il ne conserve plus de sa maladie qu'un peu d'amnésie et d'hébétude de la physionomie.

Le délire ambitieux, orgueilleux, a jusqu'ici été rattaché à la paralysie générale; il en a été donné comme un des meilleurs signes pathognomoniques; mais l'on a vu qu'il pouvait se rencontrer dans l'alcoolisme aigu : eh bien! le voici dans la forme chronique, dans celle qui peut le plus être confondue avec la paralysie générale, car le délire est analogue dans les deux cas; il n'est pas systématique, manque complétement de coordination et est en désaccord absolu avec les actes et la tenue des malades. Ce n'est donc pas le délire qui devra le plus être pris en considération dans la détermination du diagnostic; il faut, dans ces cas, s'attacher à l'ensemble des phénomènes et prendre surtout en considération la date du début de l'affection, les antécédents, la stupeur, l'hébétude du visage, le mode de trouble de la parole, la marche de la maladie. Enfin la guérison du délire dans un temps assez court, et le retour à l'état de santé antérieur au délire, sont des signes certains d'alcoolisme, ainsi que le prouvent les deux observations de R... et L...

Nous avons dû rechercher si le délire ambitieux n'avait pas déjà été noté dans l'alcoolisme chronique ; aucun médecin ne m'a paru y avoir fait attention, et cependant je l'ai trouvé mentionné, mais sans que leurs auteurs y aient attaché d'importance, dans les thèses de MM. Brunet (1) et Motet (2).

Les observations IV, VI, du travail de M. Brunet en sont des exemples; quoiqu'elles soient publiées sous le titre de paralysie générale, il me semble impossible de nier l'influence que l'alcool a dû avoir dans la genèse de la maladie; dans ces deux cas, il est à regretter que l'état du foie, du cœur, du système artériel ne soit pas signalé,

(1) M. D. Brunet (*Recherches sur les néo-membranes et les kystes de l'arachnoïde,* thèse de Paris, 1859.

(2) M. Motet, dont la thèse renferme cependant un cas de délire ambitieux, dit lui-même: « Avec MM. Marcé, Lasègue et Falret, nous avons toujours trouvé, dans les cas d'alcoolisme chronique, une prédominance d'idées tristes. » (*Considérations générales sur l'alcoolisme,* thèse de Paris, 1859, p. 25.)

il aurait pu nous donner le moyen de contrôler plus sûrement le diagnostic de M. Brunet ; cela est d'autant plus regrettable que la description de l'état des reins a été consignée dans ce mémoire consciencieux ; l'observation VI montre, en effet, les lésions propres à l'alcoolisme chronique, la cirrhose capsulaire et la dégénérescence graisseuse de la substance corticale.

L'observation VI de M. Motet est très-concluante : le malade avait des idées de grandeur et d'ambition. Ces observations de MM. Brunet et Motet présentent avec les miennes une légère différence au point de vue de la terminaison de l'alcoolisme qui a abouti, dans ces cas, aux lésions de la paralysie générale. La chose n'est pas du reste absolument rare, et les réflexions pleines de justesse de M. Motet, sur l'influence des excès alcooliques, sur les congestions cérébrales et la désorganisation des centres nerveux, trouvent une application vraie dans maintes circonstances.

Quant à l'importance pathognomonique que l'on a voulu faire jouer au délire ambitieux dans la paralysie générale, elle vous paraîtra avoir été exagérée, puisqu'on rencontre ce signe dans l'alcoolisme. Vous êtes en présence d'une maladie générale qui atteint plusieurs systèmes anatomiques : vasculaire, nerveux, séreux, fibreux, plusieurs viscères, si ce n'est tous : le cœur, le foie, la rate, les reins, aussi bien que les poumons. Avec cette multiplicité d'organes et de systèmes atteints, il est tout naturel que l'on observe des symptômes variables correspondant aux fonctions diverses de l'organe malade. Vous ne serez pas surpris de rencontrer des idées ambitieuses et orgueilleuses, erronées, chez l'homme, lorsqu'à l'état normal il est doué des nobles facultés qne l'on appelle désir de réussir, de briller, ambition, en un mot ; rien d'extraordinaire à voir se produire dans une maladie générale des phénomènes de toute sorte, qui ne sont, à vrai dire, que l'exagération des fonctions de l'organe ; aucun symptôme n'a de valeur absolue, surtout en aliénation mentale.

La variété des symptômes dans l'alcoolisme aigu et chronique nous semble tenir à la diffusion pour ainsi dire des causes morbides ; et ici quoi de plus étendu que l'action de l'alcool sur la pulpe cérébrale, et l'hypérémie aiguë et chronique, les épanchements séreux ainsi que les exsudats que l'impression toxique amène à sa suite ? Vous ne serez pas étonnés de rencontrer chez les alcoolisés chroniques des symptômes analogues à ceux des paralysés généraux, parce que ce sont deux affections similaires sous beaucoup de rapports, se traduisant toutes deux par des poussées congestives, et tendant à l'envahissement de toute la surface du cerveau et de ses enveloppes, par des manifestations souvent analogues.

Il est une dernière considération que je désire envisager avec vous dans l'alcoolisme chronique, je veux parler du *délire* qui *se produit chez les alcoolisés chroniques, dans le cours d'une maladie aiguë,* pneumonie, pleurésie, rhumatisme

articulaire, érysipèle, etc., et que l'on a pris trop souvent pour une vraie métastase, ou une extension de la maladie. J'ai pu observer un certain nombre de malades pris de ces phénomènes cérébraux, et chez tous, ou à peu près, le délire se présentait suivant un certain type, ainsi que dans le *delirium tremens* ; les individus sont pris subitement de terreurs, de craintes imaginaires, d'idées de persécution, d'illusions, d'hallucinations effrayantes, d'une agitation continuelle, en même temps que de sueurs profuses, d'un redoublement de fièvre et d'un tremblement des membres, des lèvres, de la langue ; le regard devient inquiet, effaré ; les gestes sont inconséquents, sans raison ; l'individu veut se lever et se sauver en chemise, hors de la salle ; la persuasion n'a aucune prise sur lui, tellement il est en proie à la terreur. Il est rare que cet état morbide ne soit pas suivi de mort, et il est à noter qu'il se produit surtout chez les alcoolisés chroniques chez lesquels il a été fait des émissions sanguines générales. J'ai constaté ce dernier fait au moins une dizaine de fois dans le service de M. Bouillaud, qui l'a reconnu, du reste, et depuis n'use qu'avec beaucoup de modération de la saignée, chez les alcoolisés chroniques. Quelques malades, en minorité, résistent à ces accidents redoutables après un laps de temps qui n'est guère moindre de dix à quinze jours ; ils conservent pendant cette période du tremblement, des sueurs, du *subdelirium* par moments, la nuit et le matin surtout ; l'intelligence reste généralement obtuse ; les réponses sont parfois en désaccord avec les questions, et ils ont des propos, par instants, singuliers.

Voici deux observations de *rhumatisme cérébral*, de gravité différente, dans lesquelles la forme du délire est bien celle que l'on rencontre dans le *delirium tremens*.

Obs. XXXV. — *Rhumatisme articulaire aigu. — Accidents cérébraux liés à des habitudes alcooliques antérieures, déterminés par des préoccupations morales. — Mort. — Hémorrhagies méningées. — Congestion des méninges. — Relation entre les hallucinations de la vue et l'injection des bandelettes optiques, et des corps genouillés externes. — Fermeté notable de la pulpe cérébrale, six jours après la mort. — Dégénérescence graisseuse du cœur et du foie.*

Au n° 14 de la salle Saint-Jean-de-Dieu, est couché le nommé P..., trente et un ans, ferblantier. Mère morte d'une fluxion de poitrine. Habitudes alcooliques fréquentes, et poussées jusqu'à l'ivresse, au moins deux fois par mois.

Il y a sept ans, douleurs articulaires avec fièvre, traitées à la Charité, dans le service de M. Nonat, qui a fait faire des onctions avec des onguents et prendre du sulfate de quinine. Cet état aigu a duré trente et un jours, et la convalescence, quatre mois. Il dit avoir eu en même temps une péricardite, une pneumonie double et une pleurésie à gauche, qui ont été traitées par une saignée, des ventouses scarifiées et des vésicatoires.

Depuis sept ans, ce jeune homme éprouve de temps en temps des douleurs articulaires, et il a conservé des palpitations. Il y a quatre jours, douleur épigastrique : un médecin consulté a ordonné un purgatif qui a été pris, mais le soir même du jour où il l'a avalé, douleurs arti-

culaires qui ont nécessité le repos au lit, puis sueurs abondantes et fièvre toute la nuit. Le lendemain, douleurs très-vives à l'épaule droite (nécessitant l'application de dix sangsues), puis à l'épaule gauche; tuméfaction douloureuse au cou-de-pied et aux genoux.

Entrée à l'hôpital. — Le 28 décembre 1862.

État actuel. — Décubitus dorsal. Les mains sont placées sur le ventre; figure rouge et inondée de sueurs; langue humide, rouge aux bords et à la pointe, saburrale à la base; douleurs et mouvements limités aux articulations des membres inférieurs et supérieurs droits; hydarthrose dans le genou gauche qui est très-sensible au moindre toucher; tuméfaction et douleurs dans le poignet gauche; hydarthrose dans l'articulation tibio-tarsienne gauche. Peau de chaleur exagérée (39° 3/4) dans l'aisselle et la bouche. Pouls plein, 128 pulsations; sueurs profuses, soif vive, pas de sommeil.

Traitement. — Saignée, 3 palettes; ventouses scarifiées sur les jointures douloureuses, 4 palettes de sang; 4 pots de tisane de gomme sucrée.

29. Le caillot de la saignée est couenneux, ferme, très-rétracté; sérosité presque incolore dans laquelle il nage. Les rondelles des ventouses sont glutineuses; peau chaude, sudorale, 100 à 104. Veines de l'avant-bras turgescentes; plus d'hydarthrose dans le genou gauche; douleur moindre aux deux genoux; douleur dans l'articulation coxo-fémorale gauche. Le tic-tac valvulaire est plus difficile à entendre du côté des cavités gauches que dans les droites; légère rudesse au premier temps à la pointe; pas de souffle proprement dit.

Traitement. — Saignée, 3 palettes 1/2. Ventouses scarifiées au genou gauche, à la main droite, à la région péricordiale, 4 palettes; cataplasmes émollients; décoction de chiendent, 2 pots; gomme, 2 pots; pilule d'extrait thébaïque, 0,03. Diète.

30. Le caillot est aussi couenneux, moins rétracté; peu de sérosité libre; peau de chaleur modérée, non sudorale; aux deux genoux les saillies normales sont bien visibles; pas de douleurs; le tic-tac est légèrement voilé; 84 pulsations.

30 au soir. Légère douleur dans la deuxième articulation métacarpo-phalangienne et dans le poignet gauche.

Traitement. — Ventouses scarifiées sur ces jointures, une palette.

31. Peau à peine sudorale; 84 pulsations. Depuis son arrivée, il parle beaucoup du chagrin qu'il a d'être malade, parce qu'il doit se marier dans un mois. (Sa fiancée vient le voir ce matin.)

Traitement. — Deux bouillons.

Le soir, un peu de nausées après avoir bu le bouillon.

1er janvier. Pendant la nuit, un peu de délire; il a parlé de sa mère morte, de son porte-monnaie qu'il dit avoir perdu, et pour le chercher, il force la Mère de la salle à défaire son lit (il a oublié son porte-monnaie chez lui). La parole est brève; mots incohérents.

2. Douleurs dans les épaules; agitation, pleurs.

Ce matin, à six heures, frisson. Peau très-chaude, sudorale, 120 pulsations. Langue sèche, lèvres croûteuses; délire dans la nuit; le malade s'est levé trois fois, parce que, dit-il, on veut l'empoisonner au moyen de breuvages; figure égarée, agitation, parole brève. Diminution de sonorité dans la moitié inférieure du poumon droit en arrière. A la partie moyenne, expiration soufflante; froissements pleuraux vers les 7e, 8e et 9e côtes. Un crachat sanguinolent.

A une heure et demie de l'après-midi, le malade se lève brusquement de son lit, se servant bien de tous ses membres, jusque-là empêchés ou gênés dans leurs mouvements ; il ne paraît plus en souffrir; il a l'air égaré, il s'occupe à serrer ses affaires, à faire des paquets ; étant debout, il perd presque connaissance et pâlit considérablement. Remis dans son lit, il conserve sa pâleur, mais les lèvres sont violacées, et il reste la tête étendue fortement en arrière, les yeux fixés en haut, et tourmenté par du hoquet. Il est plongé dans une sorte de demi-coma ; au bout de dix minutes de cet état, augmentation de la pâleur, sueurs profuses; au bout de vingt minutes, mort.

J'apprends encore de ses voisins et de la Mère de la salle quelques autres détails.

Dans la nuit du 1[er] au 2 janvier, à sept heures, il s'est retourné du côté de son voisin et lui a dit : « Vous voulez donc me tuer? je ne vous ai jamais fait de mal » ; puis, sortant ses bras de dessous la couverture et les écartant, il montra sa poitrine en disant à ce malade : « Tuez-moi, si vous voulez. » Dans la nuit, il a tenu ses yeux tournés invariablement vers une petite fontaine qui est au milieu de la salle, en disant qu'on y faisait bouillir des breuvages pour l'empoisonner. Plusieurs fois il a eu peur dans la nuit, a fermé ses rideaux et crié : « Est-elle là ? mettez-la derrière. »

Autopsie. — Après l'ouverture du crâne, on aperçoit la dure-mère de couleur violacée ; ses vaisseaux sont saillants des deux côtés, et à travers la dure-mère se voient des plaques violacées séparées par des espaces blancs de 1 centimètre à peu près; elles sont produites par une légère couche de sang liquide qui est épanché dans la grande cavité arachnoïdienne, et précisément dans les points correspondant aux sillons de séparation des circonvolutions.

Côté gauche. — La face viscérale de la dure-mère présente dans toute son étendue de nombreuses arborisations, mais pas d'exsudats. La pie-mère est considérablement injectée, principalement au niveau des sillons. Dans plusieurs parties correspondant à des sillons et à la scissure de Rolando en particulier, il existe, entre l'arachnoïde et la pie-mère, de la sérosité claire, dans une étendue de 2 centimètres en largeur et de 1 centimètre en longueur. La transparence des membranes est en cet endroit notablement diminuée, ainsi, du reste, que dans plusieurs points superposés à des sillons. La pie-mère, qui tapisse l'espace interpédonculaire est très-injectée, très-rouge.

A la surface convexe de l'hémisphère gauche, on voit à la face viscérale de l'arachnoïde viscérale plusieurs petites plaques blanchâtres, opalines, faciles a détacher. Pas d'adhérences entre la pie-mère et la substance grise.

Côté droit. — La grande cavité arachnoïdienne renferme à peu près la même quantité de sérosité sanguinolente qu'à gauche (1/2 cuillerée à soupe). La partie la plus antéro-supérieure de l'hémisphère, celle correspondant aux première, deuxième et troisième circonvolutions frontales supérieures, présente une teinte rouge, constituée par une certaine quantité de sang liquide épanché entre l'arachnoïde et la pie-mère, et dans les mailles de la pie-mère (partout, du reste, à droite, la pie-mère est injectée comme à gauche). La portion de substance grise qui est en rapport avec cette ecchymose méningée n'est pas nette, ni lisse à sa surface, et est d'une couleur rougeâtre qui ne disparaît pas par le lavage.

Dans les régions occipito-pariétales gauche et droite, les méninges sont aussi le siége d'une teinte rougeâtre qui n'empêche pas absolument la transparence et ne disparaît pas par le

lavage. La pression du manche du scalpel déplace la coloration rouge qui est formée par la présence de sérosité sanguinolente entre l'arachnoïde et la pie-mère.

Dans les régions occipitale gauche et occipito-pariétale droite, la substance grise est rougeâtre et présente un pointillé abondant.

Nulle part la substance grise ni la substance blanche ne sont le moindrement ramollies ; au contraire, il est à noter que cinq jours après l'autopsie et six jours et demi après la mort (température humide, brouillards), la pulpe cérébrale a partout conservé une fermeté et une résistance très-notables.

La bandelette optique droite est rougeâtre dans sa partie la plus postérieure. Les corps genouillés externe et interne droits présentent à leur surface un très-grand nombre de points rouges. Rien de particulier dans l'épaisseur des corps genouillés, des couches optiques.

La dure-mère spinale est peu arborisée ; après l'avoir incisée, il s'échappe dans sa portion lombaire un liquide clair (une cuillerée à soupe). Rien de particulier dans l'arachnoïde et la pie-mère spinales, ni dans la moelle.

Le poignet gauche renferme un liquide jaunâtre, épais, abondant ; la séreuse articulaire présente, en plusieurs endroits, du pointillé et partout une teinte rougeâtre. Dans les parties correspondant aux os, la couleur est normale. Rien aux genoux ni aux épaules.

Poumons. — Les deux poumons ont une teinte noirâtre, le poumon gauche adhère en arrière à la paroi costale par des filaments peu résistants. Les deux poumons sont congestionnés, remplis d'écume rougeâtre ; aucun infarctus fibrineux ; le tissu pulmonaire surnage dans tous ses points.

Cœur. — A la valvule tricuspide (face ventriculaire) adhère mollement un caillot du volume d'une grosse amande rougeâtre qui se porte dans l'artère pulmonaire et la plupart de ses divisions. Pas de caillots dans le ventricule et l'oreillette gauches, ni dans l'oreillette droite. Adhérence complète des deux feuillets du péricarde, au moyen de traînées filamenteuses molles ; la paroi du ventricule droit est en plusieurs points graisseuse. Les valvules aortiques sont rougeâtres et épaissies, non athéromateuses.

Foie. — Le foie a une teinte pâle et jaunâtre ; sa surface est en plusieurs endroits mamelonnée ; le lobe gauche surtout présente un certain nombre de plaques jaunâtres. Une de ces plaques, examinée au microscope, renferme des cellules à contours pâles, mal dessinés, et une très-grande quantité de gouttes d'huile qui remplissent les cellules hépatiques et le reste du tissu.

Vous reconnaîtrez, chez P..., tous les caractères d'un délire alcoolique survenu dans le cours d'un rhumatisme articulaire aigu.

Le malade faisait depuis longtemps beaucoup d'excès de boissons ; il est pris d'un rhumatisme articulaire, quelques jours avant de se marier. Sa fiancée vient le voir à l'hôpital, il en résulte un état d'éréthisme nerveux qui le conduit au délire, et l'on sait combien le délire est chose facile chez les buveurs de profession. Les antécédents plaident donc d'abord en faveur de l'interprétation que nous assignons à ce fait, mais, en outre, la nature et la modalité des conceptions délirantes, ainsi que les lésions méningées, apportent une preuve irréfragable : le fond du délire est, chez

[stamp]

la plupart des alcooliques, mélancolique (peur d'être assassiné, d'être empoisonné, craintes continuelles), et les hémorrhagies méningées appartiennent essentiellement à la forme grave du *delirium tremens*. La fermeté de la pulpe cérébrale, six jours et demi après la mort, par une température humide et douce, est encore un argument dont il faut tenir grand compte; j'ai montré à la Société anatomique, pendant des jours d'été où la température était de 25° à 39°, des cerveaux qui, après quatre jours de séjour à l'air, étaient aussi fermes qu'au moment de l'autopsie.

Obs. XXXVI. — *Rhumatisme articulaire aigu. — Accidents cérébraux liés à des excès alcooliques antérieurs. — Guérison.*

Le 4 février 1864, je fus appelé en ville pour le nommé G..., garçon de magasin, trente-sept ans.

Habitudes alcooliques, excès dans ces derniers temps, surtout depuis un mois. Cet individu a déjà souffert de douleurs rhumatismales.

Je constate des arthrites aiguës des hanches, genoux, cous-de-pied; la peau sudorale, chaude; pouls à 104; rien au cœur.

Application de ventouses scarifiées sur les jointures douloureuses (250 grammes de sang). Diète.

5. Plus de douleurs dans les membres inférieurs, mais douleur, tuméfaction des doigts, poignets, coudes, épaules. Fièvre intense, sueur.

Ventouses scarifiées sur les jointures douloureuses (300 gr.); le sang de la veille est pris en masse glutineuse et la sérosité est très-claire.

6. Autant de fièvre, plus de douleurs. Poudre de Dower, 75 centigrammes en trois paquets. Diète.

7. Autant de fièvre; 96 pulsations; le malade a beaucoup parlé, et a voulu se lever la nuit; il se remue, s'agite dans son lit et paraît inquiet. Souffle rude, au premier temps, à la base du cœur.

Vésicatoire volant, large de 0,12, sur la région cardiaque. Digitale, 10 centigrammes en infusion; poudre de Dower, 1 gramme en quatre paquets.

8. 96 pulsations; chaleur de la peau à peu près la même qu'hier et à peine sudorale. Pendant la nuit et le matin, subdelirium. Il dit qu'il veut se lever, s'habiller et aller se promener. Il remue bien les pieds. Tremblement des mains.

9. Étant éveillé, il a des conceptions délirantes, il demande si un tel est parti (celui dont il parle n'est pas venu). Il veut se lever, il faut l'en empêcher de force. Tremblement des mains. La peau est moins chaude; sueurs. Un bouillon coupé. Extrait thébaïque, 0 gr. 03 c.

10. Mêmes conceptions délirantes; subdelirium, calme le matin et la nuit; peu de sommeil; pouls à 96, peau modérément chaude, sudorale. Tremblement; pas de douleurs, il remue les pieds et les mains facilement. Phénomènes cardiaques à peine appréciables. Un peu de rougeur des joues. Devant nous, il ne demande pas à se lever, et ne manifeste aucune conception délirante. Deux bouillons coupés; eau rougie.

11. Air un peu hagard, même délire; il prend un gilet pendu dans sa chambre pour un de

ses camarades, et demande qu'il s'en aille. Agitation la nuit et le matin. Tremblement des mains, sueur; vésicatoire volant à la nuque et à l'occiput.

12. Beaucoup moins d'agitation et de délire.

13. Mieux très-sensible; 84 pulsations.

15. Aucune trace de délire.

1er mars. Guérison complète.

Parmi les cas de *pneumonie* compliquée de délire que nous avons observés, le suivant m'a paru très-frappant pour l'analogie du désordre mental avec celui du *delirium tremens.*

Obs. XXXVII. — *Alcoolisme chronique. — Pneumonie franche.* — Delirium tremens. *Mort en onze heures.*

Le nommé C..., trente-cinq ans, peintre en bâtiments, entre à la Charité le 22 avril 1863. Nombreux excès de vin depuis sa jeunesse. Il est malade depuis cinq jours; il tousse, crache du sang, éprouve une douleur dans la région mammaire gauche et ressent beaucoup de fièvre dans ce moment.

A son arrivée dans la salle Saint-Jean-de-Dieu, M. Bouillaud constate une pneumonie franche au deuxième degré de tout le poumon gauche. Il lui est fait, à son entrée, une saignée de 3 palettes 1/2, et une application de ventouses scarifiées sur la partie gauche de la poitrine. En tout, 550 grammes de sang sont extraits.

23. Au matin, amélioration dans l'état du poumon, mais même fièvre. Tremblement considérable des mains.

Application de ventouses scarifiées sur la moitié gauche de la poitrine; 2 palettes. Diète; julep béchique.

24. Au matin, mieux comme état local, mais même fièvre. Sueurs. A onze heures du matin, le malade se lève brusquement en criant; se sauve dans la salle et s'élance vers une fenêtre : son air est égaré, il tremble de tous ses membres.

Cet état persiste; à cinq heures du soir, je le trouve assis dans son lit, tremblant, parlant seul et disant qu'on lui donne de l'eau-de-vie; à la fin du jour, l'excitation s'accroît; il crie : « Les coquins m'étouffent; quand on a besoin d'un sergent de ville, on ne peut en trouver. » Il appelle à son secours la police; il arrive à briser les menottes et la camisole de force qu'on lui a mises, et se sauve de son lit, tout en sueur : à une heure du matin, il tombe dans le coma et meurt dix minutes après.

Autopsie. — Hépatisation grise de la moitié inférieure du poumon gauche. L'arachnoïde viscérale qui recouvre le cerveau est couverte de plaques laiteuses; les méninges sont rougies par de très-nombreuses arborisations et des ecchymoses sous-arachnoïdiennes. Piqueté notablement de la substance grise.

La PLEURÉSIE s'accompagne moins fréquemment de délire que la pneumonie; j'en ai cependant observé quelques cas, et entre autres le suivant, relatif à un malade du service de M. Bouillaud, nº 16, entré le 29 mars 1864, pour une pleurésie aiguë,

avec un épanchement du côté droit. Il lui fut fait, à son arrivée dans la salle, une application de ventouses scarifiées (200 grammes), et son régime consista en potages. Trois jours après, le malade prit un visage inquiet, égaré, voulant à chaque instant sortir de son lit ; on le rattrapa une fois sur le palier, les pieds nus et en chemise ; en même temps survinrent du tremblement des mains et des sueurs. Cet état persista une dizaine de jours.

En résumé, l'étude que nous venons de faire de l'état mental dans l'alcoolisme et l'absinthisme aigus et chroniques nous paraît pouvoir se prêter aux conclusions suivantes :

1° L'alcoolisme peut donner lieu à toutes les formes connues de délire, parce que c'est une affection générale ;

2° Les formes les plus ordinaires de trouble mental aigu sont la mélancolie, la stupidité, les idées de persécution, de suicide, les terreurs, les craintes imaginaires et quelquefois, au contraire, un délire de satisfaction, de contentement et d'orgueil ;

3° Les troubles chroniques des facultés intellectuelles et morales sont l'amnésie pure ou compliquée d'aphasie, de la gêne dans le langage articulé ; la diminution de la conscience ; de la singularité et de l'originalité du caratère ; de la tristesse, du découragement, de la diminution dans la liberté morale, de la faiblesse de caractère, un manque d'initiative et d'énergie ; de la lypémanie, de l'obtusion intellectuelle, de la démence, de l'hébétude, un état d'abrutissement, d'imbécillité, et enfin un délire d'ambition, de satisfaction et d'orgueil. Les facultés intellectuelles, nous en exceptons la mémoire, sont moins souvent et moins profondément troublées que les facultés morales ;

4° Les alcoolisés chroniques sont très-exposés, pendant les maladies aiguës souvent les plus bénignes, à être pris d'accidents cérébraux qui les emportent le plus souvent d'une façon foudroyante. Ainsi dans le rhumatisme articulaire aigu, la pneumonie, la pleurésie, l'érysipèle, et à la suite du traumatisme ;

5° L'absinthisme aigu et chronique ne m'a pas paru se caractériser par des symptômes différents de ceux de l'alcoolisme ; peut-être les troubles mentaux sont-ils plus durables dans le premier cas, et observe-t-on plus fréquemment l'état d'abrutissement (le seul cas d'imbécillité s'est rencontré chez un absinthique), mais ce sont des nuances qui ne me paraissent pas nécessiter que l'on crée une catégorie spéciale de troubles mentaux pour les buveurs d'absinthe ;

6° La responsabilité légale des alcoolisés chroniques me paraît devoir être rarement complète, parce que toutes leurs facultés sont susceptibles d'être plus ou moins atteintes, aussi bien les facultés morales que les attributs de l'intelligence, qui nous permettent de distinguer le bien d'avec le mal ; quant à la doctrine de l'irresponsabilité absolue, elle me semble, en général, inadmissible.

XV

Des troubles de la parole dans la paralysie générale.

Vous avez observé, Messieurs, chez les paralysés généraux plusieurs variétés de troubles de la parole ; je vais essayer de vous montrer dans cette leçon que chacune de ces variétés a sa valeur spéciale, au point de vue du diagnostic et du pronostic.

Bien décrire ces divers troubles, de façon qu'ils puissent être reconnus par les médecins qui ne s'occupent pas spécialement des maladies mentales, serait rendre un véritable service à la science. Malheureusement, la tâche est excessivement difficile, parce qu'il n'y a que des nuances entre ces divers phénomènes, et qu'on ne saisit bien ces nuances qu'en ayant les malades sous les yeux. Dans ces conditions même, on voit souvent les observateurs se tromper et confondre par exemple, dans leurs descriptions, l'ânonnement avec le bégayement, avec le bredouillement, avec le tremblement de la parole. Il vous paraîtra sage que nous n'essayions pas de faire de prime-abord la description de ces divers troubles. Cette description, si exacte qu'elle puisse être, ne dirait rien à l'esprit des personnes qui ne sont pas habituées à l'observation des paralytiques généraux.

Nous partirons des données de la physiologie normale et pathologique, et nous chercherons quels peuvent être les troubles du langage articulé qui correspondraient à telles et telles lésions connues à l'avance. Cela fait, nous pourrons avec fruit nous reporter sur le terrain de l'observation, et en face d'un malade ayant des troubles de la parole, nous pourrons faire la part de ce qui dépend du vice de fonctionnement de l'intelligence, et du vice de fonctionnement des organes coordinateurs. Nous pourrons, en d'autres termes, différencier ce qui est du ressort de la démence d'avec ce qui est du ressort de l'ataxie ; nous parviendrons, en un mot, à reconnaître l'ânonnement et l'hésitation de la parole d'avec le bégayement ou le tremblement.

Il est des aliénés paralytiques qui ne parlent pas ; cette étude de physiologie pathologique peut aussi renseigner sur la cause de ce mutisme ; il tient dans certains cas à une absence absolue d'idées ; dans d'autres, à une impossibilité d'articuler les mots ; il peut tenir à un trouble purement psychique ; et l'on conçoit que dans ces différents cas le pronostic varie singulièrement.

Le langage articulé a pour conditions nécessaires :

1º L'existence d'un organe où l'idée s'élabore ;

2° L'existence d'une série d'appareils, dont le fonctionnement régulier a pour effet de rendre sensible ce qui n'était primitivement que sous forme d'image; ειδος idée, image. Une partie de ces appareils est sous la dépendance directe de la volonté.

I. L'organe où les idées s'élaborent, ou, si l'on aime mieux, l'organe par l'intermédiaire duquel les idées prennent naissance est sans doute la périphérie du cerveau dans sa partie antérieure.

II. Les appareils dont le jeu transforme en langage articulé l'idée primitive, sont les suivants :

1° Une série de fibres conductrices, allant de la périphérie du cerveau à la protubérance, en passant par le corps strié ou dans son voisinage;

2° Une série de cellules nerveuses se trouvant dans le bulbe et transmettant aux nerfs bulbaires l'impression primitive et les ordres donnés par la volonté, relativement à l'expression de l'idée primitive;

3° Les nerfs bulbaire, facial et hypoglosse, etc. ;

4° Les nombreux muscles animés par ces nerfs.

L'intégrité de ces différentes parties est indispensable à l'exercice régulier de la parole, et les lésions de chacune d'elles entraîneront des troubles différents.

Supposez, Messieurs, une lésion étendue et profonde de la substance corticale, vous comprendrez immédiatement que les idées doivent être troublées dans leur production.

Que les cellules cérébrales soient pour les idées un organe de sécrétion ou de transformation, cela nous importe peu; mais ce qu'il y a de bien certain, c'est que ces organes altérés ne doivent pas pouvoir remplir leur rôle aussi bien que des organes sains, de là la lenteur des idées, la paresse de l'esprit, qui se traduit par ce que nous appelons l'ânonnement.

L'association des idées est aussi une opération dont nous ne connaissons pas le mécanisme, mais nous savons que c'est un travail cérébral; il est tout naturel que ce travail soit mal fait, quand les cellules corticales sont lésées; et ce vice de fonctionnement cérébral se traduit dans le langage par des mots insensés au milieu d'une phrase raisonnable, par des phrases inachevées.

La mémoire n'est pas non plus sans nécessiter l'intégrité des cellules corticales, et les lésions de ces cellules entraînent différents troubles de mémoire, particulièrement du trouble dans la mémoire des mots, ce qui donne encore lieu à des phrases inachevées, à des oublis de mots, de syllabes, de lettres, de l'hésitation de la parole.

Ne supposez pas que les lésions des cellules de la périphérie du cerveau sont imaginaires; le microscope le démontre au plus sceptique, et il serait bien étonnant qu'elles n'existassent pas, quand on songe à la fréquence, à la gravité et à la profondeur des lésions macroscopiques, à l'existence presque constante d'adhérences entre le cerveau et les membranes chez les déments paralytiques. Ces lésions corticales

sont l'hypérémie et l'imbibition de la substance par des produits de nouvelle formation.

Au microscope, Messieurs, vous verrez dans les circonvolutions frontales et aussi dans l'insula, des éléments surajoutés aux éléments nerveux : ce sont des noyaux embryoplastiques abondants qui se trouvent dans les vaisseaux, dans les parois des vaisseaux et dans la gaîne périvasculaire, qui sont aussi en quantité innombrable dans la substance nerveuse. Que ces corps étrangers viennent des vaisseaux, comme nous le croyons, ou qu'ils proviennent d'une prolifération de la névroglie, comme le pensent MM. Hayem, Magnan et l'école allemande, il n'en est pas moins vrai que leur présence doit considérablement gêner le fonctionnement cérébral.

Dans certains cas, Messieurs, outre ces noyaux embryoplastiques, vous rencontrerez des altérations athéromateuses des vaisseaux; on a alors affaire à ce que j'ai appelé *paralysie générale à forme sénile.*

Ces lésions peuvent se rencontrer à des degrés divers; dans un cas où elles étaient considérables, la malade avait présenté plusieurs caractères semblables à ceux qu'on observe chez les aphémiques; elle répondait invariablement aux questions par « Ça va mieux, ça fait mal. »

Ainsi donc, Messieurs, les lésions de la périphérie du cerveau semblent pouvoir expliquer la parole *ânonnée, traînée, hésitante.* Supposons maintenant les lésions situées sur le trajet des fibres qui, de la substance corticale des circonvolutions antérieures, se rendent au bulbe, en passant par la substance blanche cérébrale, par les corps striés et la protubérance. Disons de suite que ces lésions se rencontrent aussi bien que les lésions de la périphérie. Vous trouvez en effet, sur le trajet de ces fibres et au milieu d'elles, une énorme quantité de noyaux embryoplastiques, qui sont surtout abondants dans les gaînes vasculaires et dans les espaces périvasculaires. Vous observez encore des amas d'hématosine, de l'hématine en cristaux jaunes ou décolorés, enfin des épanchements globulaires plus ou moins anciens et parfois des foyers de ramollissement. Nous en avons trouvé dans la protubérance, au milieu des fibres ascendantes antérieures.

Quel effet doivent produire ces lésions? Elles mettent, sans aucun doute, obstacle au passage du courant nerveux, tout comme les lésions analogues de la moelle mettent un retard dans la transmission des sensations, dans la production des actes réflexes. Or, ces entraves multipliées empêchent les ordres donnés par la volonté d'arriver d'une façon régulière et immédiate à leur destination, c'est-à-dire aux cellules bulbaires : de là la parole hésitante, l'impossibilité de rendre telle idée qui est cependant conçue; nous ne saurions mieux comparer ce qui se passe dans ce cas, qu'à ce qu'on observe chez certains aphasiques. Ainsi certains aphasiques conçoivent nettement une idée, et ils ne peuvent pas l'exprimer par des paroles. Ce

n'est pas que la mémoire des mots leur manque, car si l'on vient à prononcer devant eux les mots qui répondent à leur idée, ils donnent leur assentiment et expriment leur satisfaction. Ces malades ont la volition intacte, ils ont la mémoire intacte, et cependant leur volonté ne parvient pas à mettre à profit les matériaux que leur fournit la mémoire; on croirait *à priori* qu'il y a chez ces malades un arrêt de communication entre les parties qui président à la volition et celles qui sont chargées de l'exécution. Eh bien, cette idée théorique est corroborée par les faits; les autopsies ont en effet prouvé que, chez ces aphasiques, il existait des lésions considérables, soit dans la substance blanche de l'insula, soit dans les corps striés, soit sur un point quelconque du trajet des fibres allant de la couche corticale au bulbe. Supposez qu'au lieu d'une lésion considérable, telle qu'une hémorrhagie ou un foyer de ramollissement, il y ait des lésions microscopiques mais extrêmement multiples, telles que celles qu'on rencontre dans la paralysie générale, l'effet sera analogue, et la difficulté dans la transmission des ordres de la volonté se traduira par une parole hésitante; le malade, comme certains aphasiques, dira un mot pour un autre, il passera certains mots, certaines syllabes dans le cours d'une conversation, il se pressera pour dire ce qu'il a à dire, comme si à chaque instant il sentait que les mots vont lui échapper; de là sans doute cette façon de parler de certains paralytiques. Au début de la phrase, on remarque une hésitation assez longue, puis, sitôt les premières syllabes prononcées, le reste de la phrase suit avec une volubilité toute spéciale.

Bref, ces troubles dus à des obstacles qui se trouvent sur les fibres de transmission, méritent aussi le nom de troubles intellectuels, par opposition aux troubles ataxiques et paralytiques que nous allons étudier à l'instant.

Le *bégayement*, *le bredouillement* et *le tremblement de la parole* ne sont pas le résultat de troubles de l'intelligence ou de la volonté; ils sont la conséquence d'un défaut d'harmonie dans les actes coordonnés qu'accomplissent les muscles animés par les nerfs bulbaires.

Or, il suffit d'examiner les altérations que présentent ces nerfs à leur origine dans le bulbe, pour se rendre compte de leur vice de fonctionnement. Ces altérations n'ont pas encore été décrites, à ma connaissance du moins; elles sont les mêmes que celles que j'ai signalées précédemment à la périphérie du cerveau, c'est-à-dire qu'on rencontre dans le bulbe des aliénés paralytiques des noyaux embryoplastiques en quantité immense et des corps fusiformes répandus au milieu des fibres nerveuses, abondants surtout dans l'intérieur, dans la paroi et dans le voisinage des vaisseaux, même le long des vaisseaux les plus fins.

Outre cette lésion dont la seule présence pourrait à la rigueur expliquer les troubles de fonctionnement des nerfs bulbaires, il en est une autre beaucoup plus accentuée dans le bulbe que dans le reste de l'encéphale : c'est une lésion des cellules. Les cel-

lules, dont l'ensemble constitue les noyaux des nerfs bulbaires, sont souvent altérées, et cela dès le début de la maladie.

On voit au microscope que beaucoup de ces cellules sont transformées à des degrés divers; dans le même groupe de cellules, on peut constater quelquefois plusieurs de ces degrés; aussi telle cellule A sera tout à fait à la première phase de la transformation graisseuse; telle autre B, immédiatement voisine, sera déformée, tandis qu'une troisième C sera saine. Dans un autre groupe cellulaire appartenant au même sujet, on pourra observer une altération nécrosique complète. Rien n'est plus curieux que cette sorte d'élection; rien n'est plus étonnant que de trouver, à côté de cellules parfaitement saines, des cellules diversement altérées.

En somme, on rencontre là ce qu'on rencontre à chaque pas en pathologie nerveuse. On sait très-bien, en effet, que dans l'atrophie musculaire progressive, que dans la paralysie spinale infantile, par exemple, on voit des lésions bornées, non-seulement aux cellules de la partie antérieure de l'axe gris, ce qui est déjà une première localisation, mais même à telle et telle de ces cellules qui disparaissent, tandis que les voisines sont respectées. C'est, par parenthèse, ce qui explique comment la paralysie infantile, par exemple, est curable; c'est encore ce qui explique les rémissions dans les troubles ataxiques du langage chez les aliénés paralytiques; il se fait une sorte de suppléance entre les cellules altérées et les cellules voisines restées saines, jusqu'au jour où le processus envahissant atteindra ces cellules saines pour aboutir à un trouble de fonctionnement définitif.

Ainsi donc, le nombre des cellules altérées varie selon l'ancienneté de la maladie, et il peut être différent dans les divers noyaux.

Relativement à l'ancienneté de la maladie, j'ai remarqué que dans les cas où le tremblement de la parole était très-accentué et permanent, le nombre des cellules malades appartenant aux noyaux des hypoglosses, était, par rapport au nombre des cellules saines, comme 4 est à 5; ce qui donne à cette lésion cellulaire une importance majeure, c'est qu'elle existe souvent dès le début de la maladie. Ainsi je l'ai rencontrée bien nette chez une paralytique générale, morte au vingt-cinquième ou au trentième jour de sa maladie. Chez cette femme, il y avait environ 1 cellule malade pour 5 cellules saines, et chez elle les petits noyaux embryoplastiques, dont la présence constitue en somme la lésion essentielle de la paralysie générale, n'existaient que dans les parois vasculaires et dans les espaces périvasculaires, ce qui, pour le répéter en passant, confirme bien ma manière de voir sur l'origine vasculaire de tous ces petits corps étrangers. Si cette femme eût vécu, tous ces noyaux et d'autres de nouvel apport se seraient insinués entre les tubes et les cellules nerveuses, et un observateur non prévenu aurait décoré cette lésion du nom d'encéphalite interstitielle diffuse.

Nous avons parlé de ce singulier procédé d'élection qu'on observe à chaque pas en

pathologie nerveuse, et dont la loi nous est encore absolument inconnue, en vertu duquel une cellule peut être très-altérée alors que sa voisine est parfaitement saine, et en vertu duquel tel groupe de cellules sera malade, alors qu'un autre groupe sera indemne. Un fait est à peu près constant chez les paralytiques généraux, d'après des recherches qui me sont personnelles; c'est que les noyaux du facial sont toujours atteints avant ceux de l'hypoglosse, et quand tous les noyaux sont atteints, les lésions sont toujours plus avancées dans les noyaux du facial. Comment expliquer cela? C'est impossible. Mais on peut le rapprocher d'autres faits non moins intéressants, desquels il résulte que la paralysie générale attaque avec une sorte de prédilection la partie postérieure de l'axe spinal (1), en même temps que la partie antérieure du cerveau. Ce n'est pas le moment de développer toutes ces considérations, malgré leur haut intérêt.

Pour en finir avec les lésions bulbaires, nous dirons que les racines du spinal, du glosso-pharyngien sont, comme celles du facial et de l'hypoglosse, comprimées par des éléments étrangers. Quant aux olives, auxquelles Schrœder van der Kolk et d'autres auteurs, ont fait jouer un rôle si important dans le mécanisme de la parole, nous n'avons jamais rencontré dans leur texture d'altération notable; de même nous n'avons pas trouvé de lésions des fibres commissurantes, ni des fibres des nerfs bulbaires.

Mais les lésions précitées suffisent largement pour expliquer les troubles de la parole qu'on appelle tremblement, bredouillement, bégayement.

De quelle nature sont ces troubles? Ils sont d'ordre somatique. Mais appartiennent-ils à l'ataxie ou à la paralysie? C'est une question qui n'a pas seulement d'importance au point de vue théorique; d'une façon générale, on parle trop souvent de paralysie, quand il s'agit d'aliénés atteints de périencéphalite diffuse, et l'on néglige beaucoup trop les troubles ataxiques.

Les fous paralytiques ne présentent véritablement de paralysie qu'à la dernière période de leur maladie; jusque-là, leur force est à peu près conservée intégralement. Ainsi tel malade qui peut à peine se tenir debout peut, lorsqu'il a un point d'appui, supporter un homme appendu à son cou; tel autre qui, en temps ordinaire, laisse tomber tout ce qu'il tient, peut, quand il est excité, devenir dangereux, et trouver une force qu'on n'aurait pas soupçonnée.

La paralysie musculaire n'est donc pas en cause dans ces cas. Elle est rare au début de la maladie dite paralysie générale. C'est pourquoi, concluant par analogie, nous attribuons à l'ataxie le tremblement de la parole qu'on décrit d'habitude au nombre des symptômes paralytiques du début.

S'il s'agissait d'une véritable paralysie des muscles qui concourent à l'articulation

(1) On sait que les cellules d'origine du facial sont tout à fait à la partie postérieure de l'axe spinal.

des sons, on ne verrait pas aussi souvent ni surtout aussi vite ces rémissions, qui font qu'au début la symptomatologie change d'un jour à l'autre chez un même individu.

En outre, on observe, en même temps que du tremblement de la parole, des mouvements fibrillaires des lèvres, des muscles, des joues, qui ne sont certainement pas d'ordre paralytique.

En effet, ces contractions fibrillaires se produisent parfois en dehors de tout mouvement volontaire; ils semblent alors résulter d'une excitation anormale, et sont d'ordre convulsif.

Ils se produisent encore lorsque le malade est sur le point de parler : on dirait qu'il se fait dans tous les muscles de la figure et de la langue une vicieuse répartition de l'influx nerveux, et ceci est du ressort de l'ataxie. Ainsi donc, il nous semble que c'est à tort qu'on attribue à la paralysie le tremblement de la parole et le bégayement observés à la première période de la périencéphalite diffuse.

Maintenant que vous connaissez la pathogénie de ces troubles de la parole, vous êtes en mesure de les étudier de plus près, et d'envisager l'importance de chacun d'eux au point de vue du diagnostic et du pronostic.

A. L'*ânonnement* est cet embarras de la parole qui est produit par le retard dans la présentation et l'émission des lettres, des syllabes et des mots. Dans cette forme d'embarras de la parole, les individus emploient d'une façon exagérée la voyelle *a* et les syllabes dans lesquelles entre cette voyelle; c'est même de cet abus du son *a* qu'est venue la dénomination d'ânonnement.

La cause de ce retard est la paresse de l'esprit et le manque de mémoire : c'est un des symptômes de la démence dans la paralysie générale. L'ânonnement se rencontre ailleurs que dans la paralysie générale; on l'observe, en effet, dans la démence sénile et dans la démence qui survient à la suite des diverses variétés de folie simple, dans la démence alcoolique. La démence sénile se distingue en général assez facilement de la démence paralytique; il est cependant des cas où le diagnostic est très-difficile; ainsi, dans les cas de paralysie générale à forme sénile, avec lésions athéromateuses des artères; le diagnostic se tire alors des anamnestiques et surtout de l'examen des troubles somatiques concomitants.

Il est un certain nombre de paralysés généraux chez lesquels les troubles intellectuels dominent tellement la scène morbide, que les troubles somatiques sont presque insaisissables; à ces cas convient la dénomination de démence paralytique. Comment peut-on les différencier des cas de démence non paralytique? On cherchera les éléments de ce diagnostic différentiel dans les commémoratifs et surtout dans la forme du délire; on sait, en effet, que le délire des paralysés généraux revêt, en général, un caractère spécial; c'est le délire des grandeurs, des richesses, une tendance à exagérer, c'est un optimisme outré : or, ce caractère spécial du délire persiste le plus

souvent, même quand la démence est très-avancée. A chaque instant les malades parlent de millions et de milliards ; d'autres fois, le délire hypochondriaque domine. Ce dernier caractère du délire a aussi de l'importance. Ainsi que l'a fait remarquer M. Baillarger, un dément hypochondriaque est le plus souvent un dément paralytique ; d'ailleurs, il est bien rare que le délire hypochondriaque ne soit pas mêlé au délire ambitieux, et de l'intrication de ces deux sortes de délire résulte un assemblage informe, qui n'existe que dans la démence paralytique; ainsi, les malades parleront de tonneaux d'or dans le ventre, ils diront qu'ils ont trois cent mille vers qui les rongent, etc., etc. Dans ces cas le diagnostic s'impose, quand bien même, ce qui est rare, il n'existerait aucun trouble somatique propre à le confirmer.

Si les malades qui ânonnent ne sont pas encore arrivés à un degré avancé de démence, et qu'on puisse les faire écrire, on remarquera qu'ils oublient des lettres et des mots. Ce vice dans l'écriture a la même origine cérébrale que l'ânonnement. Il arrive souvent que les paralytiques généraux ne peuvent terminer une phrase qu'ils avaient commencée : l'idée élaborée leur échappe, et, après avoir balbutié quelques instants, ils terminent brusquement leur phrase par le mot *chose*... Ce mot se rencontre dans leur bouche dans bien d'autres circonstances encore ; il est employé souvent pour remplacer un mot qui manque. Dans ces cas, le langage a un décousu qui frappe de prime abord les personnes même étrangères à l'étude de l'aliénation mentale.

Mais qu'on prenne bien garde ; il est incontestable que cet abus des mots *chose*, *machin*, *machine* tient le plus souvent à un manque de mémoire des mots, à une impotence dans l'association des idées, en somme à la débilité intellectuelle; mais il tient aussi parfois à une suractivité de l'esprit, à une trop grande rapidité dans les associations d'idées, qui fait que l'idée primitive est brusquement interrompue par d'autres idées confuses qui se pressent, qui s'entre-choquent ; de là résulte le décousu du discours et l'emploi fréquent du mot *chose*. C'est ainsi que, chez l'un de mes clients, j'avais tout d'abord soupçonné l'existence d'un commencement de démence paralytique, à cause du décousu du discours, des phrases inachevées et de l'emploi fréquent du mot *chose*, tandis qu'un examen plus approfondi m'apprit bientôt que ce malade était en proie à des hallucinations de l'ouïe ; il répondait, soit verbalement, soit mentalement, aux voix intérieures qui l'interpellaient, et son attention, brusquement reportée sur ces voix intérieures, le forçait à interrompre la phrase commencée ; quand, quelques instants après, il voulait ressaisir son idée, il n'était plus temps, et le mot *chose* venait tout naturellement terminer la phrase et lui ôter toute espèce de sens. Ce malade n'est pas paralytique général.

On observe encore des malades qui répètent comme un écho les derniers mots des phrases qu'on prononce devant eux; ce fait coïncide souvent avec l'existence de l'ânonnement et est aussi un signe de démence.

Les malades qui ânonnent ne s'en rendent pas compte, à cause précisément de leur débilité intellectuelle, et même quand on appelle leur attention sur ce point, ils ne reconnaissent pas cet embarras de la parole, sans doute parce que la réflexion leur est trop pénible, peut-être aussi à cause de leur optimisme, qui les empêche, bien heureusement pour eux, de se rendre compte de leur état.

L'ânonnement s'observe en général à une phase avancée de la maladie. Dans ces cas, le pronostic est toujours grave, et l'apparition de l'ânonnement annonce un état de désorganisation des parties antérieures de la substance corticale; on conçoit que, alors, l'intelligence du malade est altérée d'une façon irrémédiable, sa vie elle-même est gravement compromise.

Mais, dans certains cas, l'ânonnement se remarque dès le début de la maladie; les malades passent alors peu à peu d'un état intellectuel normal à l'état de démence. Leur niveau intellectuel baisse insensiblement sans qu'aucun accident grave, sans qu'aucun trouble somatique appréciable, pour les gens du monde, vienne révéler le danger. A ces cas convient, à proprement parler, le nom de démence paralytique.

Le pronostic est grave relativement à la vie intellectuelle du sujet, car il n'y a pas lieu d'espérer que la cause qui a amené un commencement de démence, et par suite l'ânonnement de la parole pourra rétrocéder spontanément : ce n'est alors que par une médication énergique, destinée à détourner de l'encéphale la congestion chronique qui cause la démenee, ce n'est, disons-nous, que par une médication active qu'on pourra espérer d'enrayer ce processus envahissant; mais au point de vue de la vie corporelle du sujet, l'apparition prématurée de l'ânonnement indique que l'on a affaire à une forme lente, et que la vie n'est pas immédiatement compromise. On a remarqué en effet que cette forme de paralysie générale est d'habitude compatible avec une existence relativement prolongée. Les malades affectés de cette démence paralytique ont rarement à redouter les attaques de congestion cérébrale, les hémorrhagies méningées, les complications médullaires, et dans les cas où ils ont à traverser ces accidents, ils échappent le plus souvent à la mort, et seul leur état mental est sensiblement aggravé par ces atteintes.

L'anatomie pathologique explique cette immunité relative des fous paralytiques à forme démente.

Ces considérations nous entraîneraient ici trop loin; qu'il nous suffise de dire que la paralysie générale, revêtant la forme de démence paralytique, est pour ainsi dire la paralysie générale *chronique*, par opposition à la paralysie générale avec complication, et à la paralysie générale *aiguë*, à ces cas, qu'on voit se terminer en huit ou dix jours par la mort, avec ramollissement des couches corticales et lésions rapides, profondes et multiples de tout l'axe cérébro-spinal.

B. En même temps que l'ânonnement, on observe le plus souvent que la parole est *hésitante et traînée;* ces deux modes d'embarras de la parole reconnaissent les mêmes

causes que l'ânonnement, c'est-à-dire un trouble intellectuel, une certaine paresse dans l'*émission* des idées, une certaine difficulté pour trouver le mot propre, ayant d'ordinaire pour cause un trouble de mémoire.

Les considérations que nous avons effleurées, relativement à l'ânonnement, sont applicables à l'hésitation et au traînement de la parole; rien ne vous sera plus facile que de reconnaître ces formes. Leur valeur diagnostique est considérable; on peut souvent, en effet, constater à distance une paralysie générale, rien qu'en entendant la parole traînée si caractéristique, et l'observation du sujet aura bien alors confirmé le diagnostic. En effet, avec l'existence de la parole traînée coïncide le plus souvent un état particulier du facies; la figure manque de toute expression, c'est comme un masque immobile représentant l'état permanent de satisfaction intérieure et la béatitude de ces malheureux aliénés.

En même temps que l'hésitation de la parole, on observe aussi l'hésitation dans les actes. Les malades veulent, puis ne veulent pas faire telle ou telle chose insignifiante, disent vingt fois qu'ils vont, par exemple, aller se coucher, avant de mettre leur projet à exécution; ce sont là des marques de débilité intellectuelle ayant de l'analogie avec les troubles de la parole que nous venons de passer en revue.

C. *Le tremblement de la parole* est, comme nous l'avons dit, un trouble d'ordre ataxique : il consiste en l'émission de mots dont les syllabes sont séparées les unes des autres par des intervalles non isochrones. C'est le balbutiement de l'homme en colère et de l'ivrogne. Il diffère de la parole scandée par le non-isochronisme des intervalles. Il a une grande valeur au point de vue du diagnostic de la paralysie générale, parce qu'il apparaît le plus souvent tout à fait au début de la maladie. Dans le cours d'une périencéphalite diffuse, vous pouvez observer tous les degrés du tremblement de la parole; au début, il est quelquefois si peu appréciable, qu'il échappera à votre attention; il faut alors le rechercher avec le plus grand soin. Le tremblement léger de la parole est inconstant, il est perceptible un jour et le lendemain il ne l'est plus; aussi faut-il étudier les malades plusieurs jours de suite, quand on soupçonne chez eux la possibilité de paralysie générale, et ne jamais s'en rappporter à un seul examen, quand il a été négatif.

Le tremblement de la parole, si peu accentué qu'il soit, est le plus souvent accompagné d'autres signes qui aideront au diagnostic. Signalons, entre autres, le tremblement des muscles supérieurs, le tremblement fibrillaire des muscles de la face et de la langue tirée hors de la bouche, l'inégalité des pupilles, sans parler des signes fournis par le délire, quand il existe, par l'excitation cérébrale et le plus souvent par la débilité intellectuelle.

Mais nous devons dire que parfois le diagnostic est difficile, même quand il existe du tremblement de la parole; je vous citerai, entre autres faits, un homme qui avait du tremblement de la parole, de la langue et des bras, sans aucun signe de para-

lysie générale; je dus hésiter un certain temps sur le diagnostic, car, tout en soupçonnant le début d'une paralysie générale, je n'avais aucune raison pour l'affirmer; ce ne fut qu'au bout de trois semaines que cet homme fut pris d'un accès de délire avec idées ambitieuses et que le diagnostic fut par là confirmé.

Le tremblement peut atteindre un degré tel que l'articulation des sons devient presque impossible; en même temps la langue, sortie hors de la bouche, est agitée de mouvements qui ne sont plus vermiculaires, mais qui ressemblent plutôt à des secousses : la pointe de la langue peut arriver jusqu'auprès du bout du nez des malades, sans qu'ils puissent réprimer ces mouvements désordonnés. Ce trouble ataxique ne survient en général, chez les malades, qu'à la deuxième et à la troisième période, et chez eux, par conséquent, le diagnostic est facile à porter; donc, arrivé à ce degré, le tremblement de la parole n'a qu'une valeur tout à fait secondaire au point de vue du diagnostic, d'autant plus qu'il se rencontre à peu près sous le même aspect dans d'autres maladies. Comme le dit si bien Trousseau (1), c'est une erreur souverainement préjudiciable que d'envisager isolément un phénomène pathologique avec la confiance qu'il va suffire à asseoir un diagnostic; je veux bien qu'il existe un tremblement sénile, un tremblement mercuriel, et combien d'autres! Mais classer ainsi les tremblements comme autant d'unités pathologiques, c'est être plus près de l'ontologie que de la réalité. Or, on peut appliquer aux troubles ataxiques de la parole, ce que Trousseau dit du tremblement en général : ces troubles ataxiques revêtent le même caractère dans toutes les maladies où ils existent. Ainsi dans la sclérose en plaques, la parole est lente et scandée, chaque syllabe est prononcée lentement et suc-ces-si-ve-ment; les syllabes sont séparées par des intervalles plus ou moins longs; en outre, l'articulation des mots peut être imparfaite, comme empâtée, analogue à celle qu'on observe dans la paralysie générale (2).

Dans l'alcoolisme, le tremblement de la parole ressemble, à s'y méprendre, à celui de la paralysie générale ; c'est ce qui me faisait dire que le tremblement de la parole, envisagé seul, n'a pas une valeur diagnostique absolue au point de vue du pronostic ; il n'indique non plus rien de précis, car le pronostic emprunte sa gravité à la maladie dont le tremblement est le symptôme.

D. Le *bégayement* est ce trouble de la parole constitué par la répétition successive des mêmes syllabes et des mêmes mots, accompagnée d'un effort pénible de la phonation et de l'articulation des mots. Il n'a pas non plus d'importance au point de vue du pronostic ; pour le diagnostic, il ne peut pas beaucoup éclairer l'observateur, car le bégayement se peut rencontrer dans une foule de cas : il peut être congénital, il peut en outre survenir sous l'influence de causes inconnues dans leur essence et tout à

(1) Trousseau, *Clinique médicale*, t. II, p. 301.

(2) Fernet (thèse de concours, 1872).

fait étrangères à la périencéphalite diffuse. Ainsi je vous citerai un jeune homme, névropathique, musicien émérite, qui est devenu bègue peu à peu vers l'âge de dix ans, sans cause connue, et qui, à l'heure qu'il est, n'est pas le moins du monde menacé de paralysie générale.

Le *bredouillement*, considéré chez l'individu qui n'est pas paralysé général, est caractérisé par la précipitation dans l'émission des syllabes, d'où résulte un langage confus. Il n'est pas nécessaire, pour que le bredouillement existe, que la parole soit excessivement rapide ; il suffit qu'il n'y ait pas synergie entre le fonctionnement du bulbe et l'influx volontaire trop hâté. Il semble que chez l'individu qui bredouille, les muscles et les nerfs qui sont innervés par les nerfs bulbaires n'aient pas le temps d'exécuter les ordres venant de la volonté.

C'est plutôt, Messieurs, dans la paralysie générale, un phénomène d'ordre paralytique qu'une manifestation ataxique.

Le bredouillement est quelquefois une infirmité congénitale; il appartient également à l'alcoolisme chronique, ainsi qu'à l'ivresse.

Tous ces troubles que nous venons d'étudier se rencontrent quelquefois séparément, surtout au début de la maladie. Le tremblement de la parole est celui qui se rencontre le plus souvent isolé ; c'est aussi celui qui a la plus grande valeur au point de vue du diagnostic et qui, par conséquent, intéresse le plus le clinicien.

Mais à une période plus avancée, Messieurs, on rencontre chez le même individu et simultanément les troubles de cause bulbaire et ceux de cause cérébrale, tels que l'ânonnement, et il ne peut pas en être autrement, car l'ânonnement est le résultat nécessaire de la démence, et il n'y a pas de paralysie générale sans démence ou, si l'on aime mieux, sans débilité intellectuelle.

Par cette analyse des troubles de la parole, nous n'avons fait que décomposer en ses éléments cet ensemble de troubles qu'on désigne d'habitude sous le nom trop vague d'embarras de la parole, et nous avons cherché à vous faire voir ce que signifiait chacun de ces troubles envisagé séparément. Il me reste à vous parler des cas de paralysie générale où les malades sont privés d'une façon à peu près complète ou même absolue de l'usage de la parole.

E. *Mutisme.* Je ne vous parlerai que pour mémoire des cas où les malades ne parlent pas parce qu'ils ne veulent pas parler : soit qu'ils entendent des voix intérieures qui leur ordonnent de garder un silence absolu, soit parce qu'ils sont dans une stupeur profonde et qu'alors leur intelligence est momentanément anéantie, soit enfin parce que leur attention est tellement fixée sur une idée, que tout le monde extérieur leur est devenu étranger. Ces cas, qui se rencontrent souvent dans la folie simple, sont relativement rares dans la paralysie générale.

On les observe cependant quelquefois au début de la maladie; le diagnostic est alors excessivement difficile, mais si l'on attend quelques jours, il est bien rare que

l'on ne voie pas le tableau changer, quand on a affaire à des aliénés paralytiques. Leurs conceptions délirantes, en effet, même au début de la maladie, n'ont pas assez de consistance pour donner lieu à ce mutisme durable qui caractérise la mélancolie avec stupeur. Le plus souvent c'est dans la période avancée de la maladie qu'on observe le *mutisme;* il peut alors tenir à deux causes, tout comme l'embarras de la parole précédemment étudié :

1° A un défaut d'idées;

2° A une paralysie des organes servant à l'émission des sons.

Dans les cas où le mutisme est la conséquence de la démence arrivée à son degré extrême, on a pu s'apercevoir que peu à peu, longtemps auparavant, le cercle d'idées des malades s'était restreint en même temps que leur vocabulaire s'était amoindri. Je connais un malade affecté de cette forme de paralysie générale, à laquelle convient spécialement le nom de démence paralytique, qui autrefois très-causeur, très-verbeux et doué d'une imagination assez vive, est maintenant arrivé à un état de mutisme presque complet, car, depuis plus de six mois, il ne répète jamais que ces deux phrases : « Je mange, » et « allez-vous-en ». Trois mois auparavant son vocabulaire était bien moins restreint. Nous avons pu suivre chez cet aliéné les progrès de la démence en même temps que ceux du mutisme.

Les malades qui se trouvent dans cette situation arrivent peu à peu à ne pouvoir plus pousser que des sons inarticulés; cette déchéance intellectuelle est encore compatible avec une vie prolongée, témoin ce malade auquel je fais allusion qui, lorsqu'on le voit assis dans son fauteuil, a presque toutes les apparences de la santé. Vous devez donc être très-réservés quand vous êtes appelés à prononcer sur la durée probable de la vie végétative de ces individus.

Il est d'autres causes de mutisme dues à des lésions matérielles. Ainsi, l'aphasie par lésion de la circonvolution de Broca, ou par lésion du corps strié ou des fibres qui font communiquer les circonvolutions supérieures avec les noyaux bulbaires, peut se rencontrer chez les paralytiques généraux tout comme chez d'autres malades; elle ne donne pas lieu à des considérations spéciales.

Il n'en est pas de même du mutisme, qui est dû à une altération granulo-graisseuse des muscles de la langue et à une multiplication des noyaux du sarcolemme. Cette lésion a été observée et décrite pour la première fois par un de nos élèves, M. Hanot, chez des malades de notre service. Nous avons reconnu que cette altération des muscles est en rapport avec des lésions nerveuses, profondes et avancées. Ainsi : 1° les cellules qui constituent les noyaux des nerfs bulbaires sont, dans ces cas, farcies de granulations jaunâtres que la teinture de carmin ne colore pas. Ces cellules sont plus ou moins déformées, leurs noyaux ont à peu près ou tout à fait disparu ; 2° les nerfs bulbaires, à partir de leur origine apparente, sont atteints de

lésions atrophiques ; 3° ces deux ordres d'altérations existent le plus souvent simultanément.

Cet état anatomo-pathologique, qui n'est en somme qu'une exagération de celui que nous avons étudié comme cause des troubles de la parole, que j'ai appelés ataxiques et paralytiques ; cet état, dis-je, entraîne dans certains cas le mutisme absolu, dans d'autres, l'impossibilité d'émettre des sons compréhensibles et toujours l'impossibilité pour les malades de tirer la langue hors de la bouche. Il coexiste quelquefois avec une paralysie du pharynx et avec de la dysphagie. Il arrive alors que ces malades peuvent mourir étouffés par un bol alimentaire qui fait fausse route ; ils avalent, en effet, de trop gros morceaux, probablement, pour pouvoir les sentir ; ils mangent en outre avec une voracité bestiale, aussi sont-ils quelquefois victimes de leur gloutonnerie. De plus, la paralysie simultanée du nerf laryngé supérieur, en suspendant la sensibilité réflexe de la glotte, permet quelquefois la pénétration des liquides dans la trachée, et l'asphyxie en est la conséquence.

En résumé, les troubles de la parole observés dans la paralysie générale consistent en ânonnement, en traînement, en hésitation, en bredouillement, en bégayement, en tremblement et en mutisme.

L'ânonnement, le traînement, l'hésitation sont produits par des lésions cérébrales ; le bredouillement, le bégayement, le tremblement sont le résultat d'altérations du bulbe.

Le mutisme peut être la conséquence de lésions cérébrales et de lésions des muscles et des nerfs de la langue et des lèvres.

La physiologie pathologique de ces divers troubles vous permettra de porter un diagnostic anatomique sur l'état des paralysés généraux.

Explication des Planches.

LÉSIONS DANS LA FOLIE SIMPLE.

Pl. I. — *Fig.* 1. Décoloration et teinte grisâtre de la substance grise d'une portion de la première circonvolution frontale gauche (*a*) chez la malade Hav... (obs. III, page 58).

Fig. 2. *aaa* Altération au premier degré de cellules de la substance corticale de la circonvolution sus-indiquée, — *b* lésions au deuxième degré d'une cellule.

Grossissement : $\frac{290}{1}$

Fig. 3. Taches grisâtres des circonvolutions cérébrales de la nommée V. L... (obs. IV, page 59). Grandeur naturelle.

Fig. 4. Altérations vasculaires, amas de pigment et infarctus observés dans une de ces taches.

Grossissement : $\frac{290}{1}$

Fig. 5. Altérations des vaisseaux observées dans ces taches ; leur fragmentation et leur pigmentation.

Grossissement : $\frac{290}{1}$

Fig. 6. État de cellules trouvées dans ces taches ; lésions de cellules au deuxième degré.

Grossissement : $\frac{290}{1}$



[library stamp]

LÉSIONS CÉRÉBRALES DANS LA FOLIE SIMPLE.



Imp. Becquet, Paris.

LÉSIONS CÉRÉBRALES DANS LA FOLIE SIMPLE.

Pl. II. — Altérations de vaisseaux artériels et de cellules de la substance grise (zone moyenne) de la deuxième circonvolution occipitale gauche, chez la nommée At... (obs. II, page 57).

Fig. 1. *aaa* État granulo-graisseux des parois vasculaires, — *bbb* cellules présentant des lésions du premier degré, — *f* cellule altérée au deuxième degré.

Grossissement : $\frac{290}{1}$

Fig. 2. *aa* État granulo-graisseux des parois vasculaires.

Grossissement : $\frac{290}{1}$

Pl. III. — *Fig.* 1. Anévrysmes miliaires dans la substance corticale des circonvolutions frontales, chez la nommée Dech... (obs. I, page 56).

Grandeur naturelle.

Fig. 2. Altérations granulo-graisseuses de capillaires de ces circonvolutions frontales.

Grossissement : $\frac{290}{1}$

Fig. 3. Altérations granulo-graisseuses des capillaires de la première circonvolution pariétale gauche, chez cette même malade.

a Cellule altérée au troisième degré.

Grossissement : $\frac{290}{1}$

Fig. 4. Tache d'une circonvolution (semblable à celle dessinée planche I, fig. 3), vue à un grossissement de 290 *diamètres* (obs. VII, page 60).

aa Hématosine et pigment, — *bbbb* vaisseaux en fragments et en débris.

Fig. 5. Quelques cellules observées dans l'une des circonvolutions frontales de la même malade Dech... (obs. I, page 56).

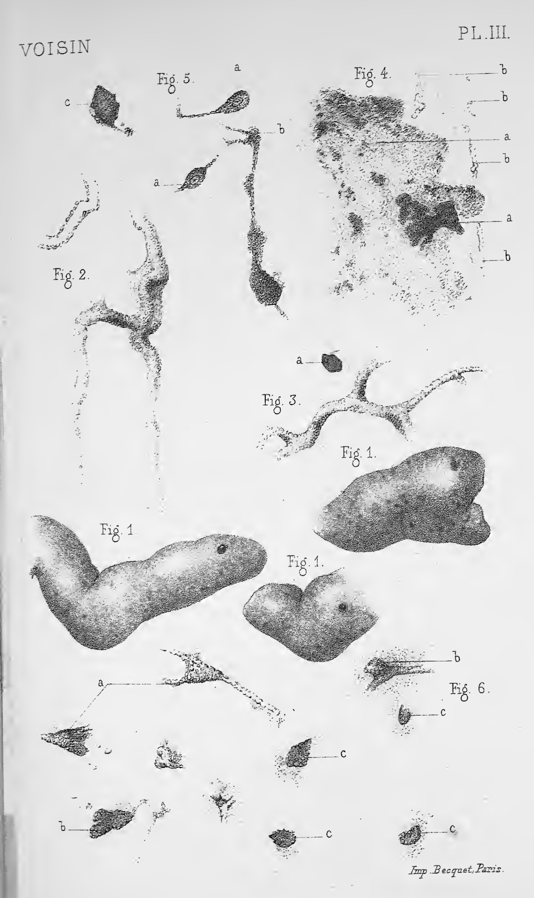
aa Cellules saines, — *b* altérations au deuxième degré, — *c* altérations au troisième degré.

Grossissement : $\frac{290}{1}$

Fig. 6. Altérations de cellules de la substance corticale des circonvolutions pariétales de l'hémisphère droit, chez l'aliénée Pous... (obs. VIII, page 60).

a Lésions de cellules au premier degré, — *bb* lésions de cellules au deuxième degré, — *cccc* lésions de cellules au troisième degré.

Grossissement : $\frac{290}{1}$



LÉSIONS CÉRÉBRALES DANS LA FOLIE SIMPLE.

Fig I.



Fig. II.



Fig III



Fig. IV.



Lib. J.B. Baillière & Fils

Phototypie Lemercier & Cie Paris

Explication des Photographies.

FOLIE PAR STHÉNIE.

1° H..., âgée de 39 ans, atteinte de folie lypémaniaque, caractérisée par des hallucinations, de la stupeur, un état de sthénie vasculaire et de spasme des muscles de la face.

2° Ph..., âgée de 41 ans, atteinte de folie lypémaniaque à forme religieuse, un état de sthénie vasculaire et de spasme des muscles de la face.

3° Bell..., âgée de 25 ans, atteinte de folie lypémaniaque, avec sthénie des vaisseaux, spasme des muscles, maigreur considérable, compliquée d'amnésie et de démence.

4° La même malade, Bell..., guérie par le chlorhydrate de morphine, au bout de trois mois de traitement.

La physionomie et l'habitus extérieur sont tels, que l'on aurait peine à croire que c'est la physionomie de la même malade.

La maigreur a fait place à de l'embonpoint; au teint jaunâtre a succédé un coloris rose; et l'apparence excessivement maladive a été remplacée par un retour à la vie et à la santé.

TABLE DES MATIÈRES

Paris. — Typographie Félix Malteste et Ce, rue des Deux-Portes-Saint-Sauveur, 22.